

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de ensino e pesquisa da Cirurgia

Diretor: DR. VENÍCIO DIANCO RIBEIRO



VOL LXIX

São Paulo - Junho de 1955

N.º 6

Sumário:

	Pág.
Instrumentos novos para a cirurgia da litíase das vias biliares principais — Dr. CAETANO ZAMITTI MAMMANA	411
Drenagem em cirurgia biliar — Prof. J. REZENDE ALVES	427
Anastomoses bilio-digestivas — Dr. EURÍPEDES GARCIA	443
Lesiones quirúrgicas de las vias biliares (Técnica personal para la reconstrucción del hepatocolédoco) — Dr. ATILIO J. LABALA	451
Índice Geral do volume LXIX	471

OITAVO NÚMERO CONSAGRADO AO
II CONGRESSO DA SECÇÃO BRASILEIRA DO
COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES



SANTON

LABORATÓRIO TORRES S. A.

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS

Anti-Reumático — Analgésico

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.

Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
3. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.200,00
4. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
½ página (9 x 12 cm.) por vez	800,00
¼ página (9 x 5,5 cm.) por vez	500,00
Encarte por vez	1.500,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

ERITHRINA CHRISTA-GALI
(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

*no tratamento da coqueluche
preparado no*

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



neuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsivante

Na hiper-excitabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacantha-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: | Adultos: 1 colher, 15 cc, 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.



MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 33-3426 - São Paulo



ACTHAR Gel HP

**ECONOMIA
SIMPLICIDADE
CONFÔRTO**

ACTHAR GEL HP simplifica
sobremaneira o tratamento, pois
produz remissões mesmo nos
casos graves e resistentes, com
uma injeção cada 24 a 48 horas.

Fabricantes e Distribuidores exclusivos para o Brasil:

Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth S.A.



Tradição e qualidade a serviço da prática médica

mediante especial autorização de

ARMOUR LABORATORIES

Chicago III



Os maiores fabricantes de produtos biológicos do mundo

Triunfando através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

modo de usar:

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tério médico.

CRIANÇAS: - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÊUTICOS
Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo

PENICIER

COMPRIMIDOS

INFANTIL

100.000 unidades Penicilina

Sulla { diazina
 meraxina
 metaxina

ADULTO

200.000 unidades Penicilina

Sulla { diazina
 meraxina
 metaxina



Laboratorio Xavier
JOAO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.





Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIIS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América



CLÍNICA GERAL

Náuseas, vômitos, soluços

Insónias

Asma

Distonias neurovegetativas diversas:

distúrbios hepatovesiculares, colite espasmódica,
cardiespasmos, perturbações de origem tireoideana

Síndromes graves das doenças infecciosas

Algias rebeldes: dores cancerosas, reumáticas, zosterianas,
pós-operatórias e outras

Pruridos de origem interna: diabetes, icterícia,
intolerâncias alimentares

Eczemas pruriginosos



Frasco de 30 comprimidos a 25 mg

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ a 25 mg,
para injeções intramusculares profundas

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm³ a 50 mg,
para injeções intravenosas



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

Vaso-dilatadores Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL com RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

A experiência desvendou a sinergia funcional do grupo vitaminico β .
Reunir seus elementos racionalmente é forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.



PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxiurus

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermiculares*
e outras espécies da família dos *oxycurideos*.

★

APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.
Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil

**Sulfato
Ferroso
Enila ***

com Vitaminas



**Xarope
Drágeas**

*** ANEMIAS**

LABORATÓRIOS ENILA S. A.
RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO



Filial: rua Marquês de Itó, 202 — São Paulo



Synkavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa, é indolor por via intramuscular. Fácil absorção.

Ampolas — Comprimidos



Vitamina D2 (Calciferol)

Coesterina — Gomenol

Cânfora — Mentol

Caixas com 10 e 30 ampolas
de 2 cm³

Uso intramuscular.

DOENÇAS BRONCO-PULMONARES
BRONQUITE - GRIPE - BRONQUIECTASIA
ESTADOS INFECCIOSOS - CONVALESCENÇAS



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

AZO P. 1

**SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 100
Caixa Postal 439**



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não atua o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opiáceos
- É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou excitadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampolas - de 10ml, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

Aos primeiros sintomas de
gripe ou de simples resfriamento
recorra logo à

NOVALGINA-QUININA

Tratamento abortivo e curativo
em todos os casos.

Quando a infecção já se
tiver manifestado, este medicamento
baixa a temperatura e influe
ótivamente sobre o quadro morbido
graças aos seus componentes

NOVALGINA + QUININA.

Efeito rápido e duradouro.

Tolerancia perfeita.

EMBALAGEM ORIGINAL :
tubo com 10 drageas



A Chimica **"Bayer"**

RIO DE JANEIRO

Caixa postal 560



PROTEINOIDE

Labor

GRANULADO DE ALTO TEOR DE
PROTEINAS DE SABOR AGRA-
VEL CONTENDO TODOS OS AMI-
NO ACIDOS ESSENCIAIS

LABORTERAPICA S.A.
SANTO AMARO (SAO PAULO)

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 96-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXIX

JUNHO DE 1955

N.º 6

Instrumentos novos para a cirurgia da litíase das vias biliares principais

Dr. CAETANO ZAMITTI MAMMANA

São Paulo, Brasil

Nem sempre na prática, os cálculos dos ductos biliares principais são extraídos com facilidade, devendo cada caso ser tratado de modo adequado.

Feita a exploração externa das vias biliares, a colangiografia operatória, e diagnosticada uma litíase do canal hépato-colédoco, não se deve tentar o deslocamento dos cálculos para a vesícula através o canal cístico, porque além de não se conseguir o fim almejado, estes podem resvalar para o hilo do fígado, perdendo-se nos canais intra-hepáticos dilatados; de outro lado devem evitar-se manobras para impeli-los em direção ao duodeno, uma vez que a porção pancreática do colédoco, sendo mais estreitada, corre-se o risco de lesar suas paredes e la'ficarem encravados.

O esmagamento de um cálculo entre os dedos através as paredes do ducto biliar determina o mais das vezes, lesões graves das tûnicas desse canal, séde de futuros estreitamentos ou estenoses cicatriciais, e se o cálculo é reduzido em diversos fragmentos, sua extração prolonga quasi sempre o tempo operatório. A altura da incisão da da árvore biliar (hepáticotomia ou colédocotomia supra-duodenal) deve estar subordinada a séde do obstáculo, o que possibilita o mais das vezes com auxílio de manobras suaves, a extração de cálculos móveis e mobilizáveis. Fora disso é aconselhável praticá-la nas proximidades do bordo duodenal.

A exploração instrumental com sondas e cateteres, é um ótimo meio para se localizarem os cálculos na luz do ducto, ou para avaliar a permeabilidade da âmapola de VATER. Esses instrumentos devem possuir numa de suas extremidades uma oliva perfeita com alguns

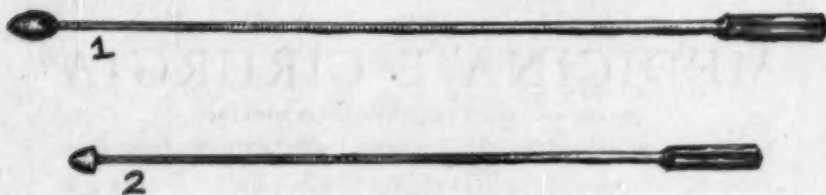


Fig. 1 e 2

milímetros de diâmetro (fig. 1). Os que terminam em ponta de bala (fig. 2) fraqueiam facilmente o esfíncter de Oddi, mas se este se contrae a ponta fica presa e para retirá-la deve exercer-se certa tração o que acarreta o mais das vezes, ao nível da papila, lesões que variam desde simples escoriações da mucosa até as rupturas do esfíncter. Num caso por nós operado, a extremidade globulosa do cateter desse formato, passou facilmente para a luz duodenal através o esfíncter, porém sua retirada foi laboriosa, dada a resistência oposta pela musculatura contraída sobre a haste do instrumento. O post-operatório evoluiu sem acidentes, porém a doente apresentou tempos depois sinais obstrutivos do colédoco, devido a uma estenose cicatricial assestada ao nível da âmpola de VATER.

Cateter explorador. (*Modelo do autor*). De maior utilidade e menos perigoso é o cateter de nosso modelo, maleável e munido numa de suas extremidades de uma calota de forma olivar cônica, seme-

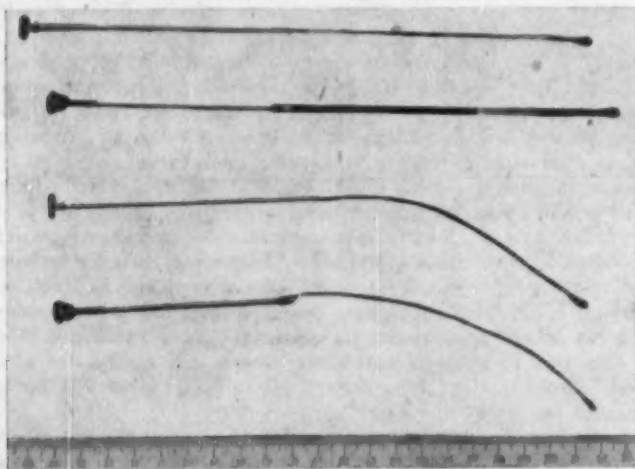


Fig. 3 — Cateteres exploradores ZAMITTI MAMMANA vistos de frente e de perfil.

lhante a uma pequena cureta, de bordos arredondados (fig. 3) e que se presta para a sondagem das vias biliares, para avaliar o grau de permeabilidade de esfíncter de Oddi e para desalojar pequenos cálculos assestados nessa região.

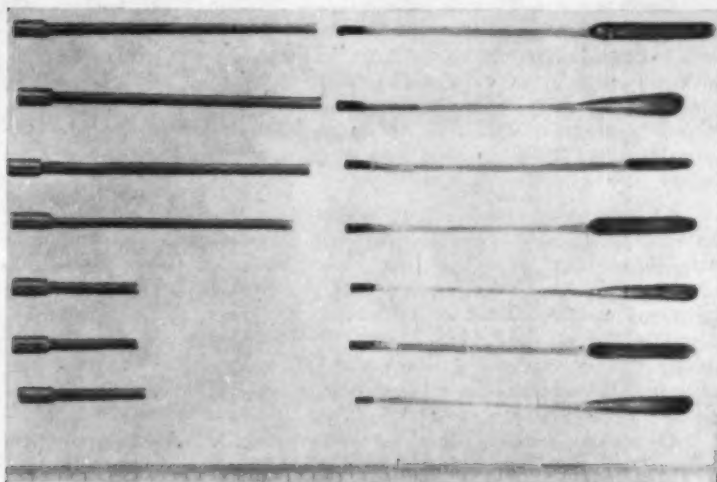


Fig. 4 — Curetas desmontadas.

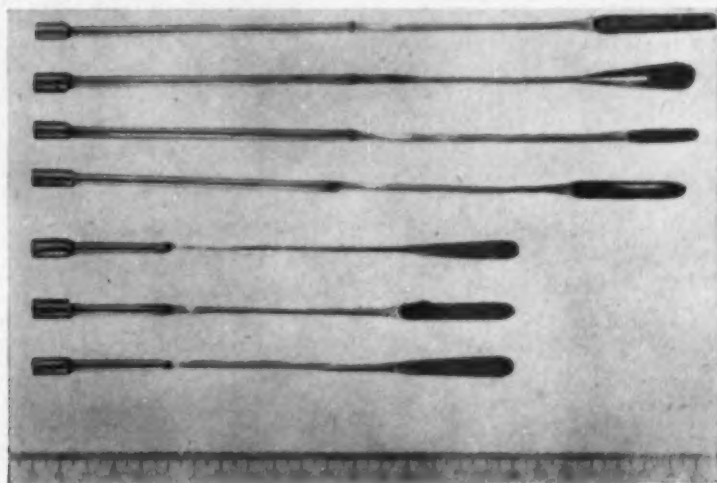


Fig. 5 — Curetas montadas

Localizado o cálculo e não podendo o mesmo ser mobilizado com o auxílio de manobras palpatórias suaves, sua extração é comumente feita por meio de curetas ou pinças para a extração de cálculos de modelos diversos.

Curetas: As curetas mais usadas fundam-se no modelo da Clínica MAYO com colheres graduadas de 3 a 8 mms. de diâmetro, cuja extremidade terminal além de facilitar a extração de cálculos, permite a sondagem e dilatação do esfíncter de Oddi. Dado seu comprimento (280 mms.) traumatizam com freqüência, ampliando mesmo a abertura cirúrgica do ducto biliar, no momento de sua introdução na luz desse canal, ou durante as manobras que se executam para a retirada de cálculos.

Curetas desmontáveis para a extração de cálculos. (*Modelos do autor*). As curetas desmontáveis de nosso modelo e que usamos em nossa clínica desde 1946, são constituídas de 2 peças: da cureta propriamente dita e de um cabo (fig. 4 e 5). As curetas com haste de metal terminada em rosca, medem 13 cents. de comprimento. Algumas são fabricadas com colheres semelhantes aos modelos da clínica MAYO; outras de dimensões e conformações diversas são utilizadas de acôrdo com a dilatação do canal biliar e o volume do cálculo a ser extraído.

Os *cabos metálicos* de 2 tamanhos (5 e 11 cents. de comprimento) possuem numa de suas extremidades, porcas por meio das quais são parafusados às roscas das curetas.

Dada sua maleabilidade a haste pode ser curvada de acôrdo com a disposição anatômica do ducto biliar, e se depois de introduzida em sua luz, a cureta não alcança o cálculo, seu comprimento pode ser aumentado de 5 a 11 cents., bastando para isso parafusar em sua rosca o cabo metálico de comprimento desejado.

Com o emprego desse instrumental evitam-se traumatismos ao nível da abertura cirúrgica do ducto, especialmente nas intervenções

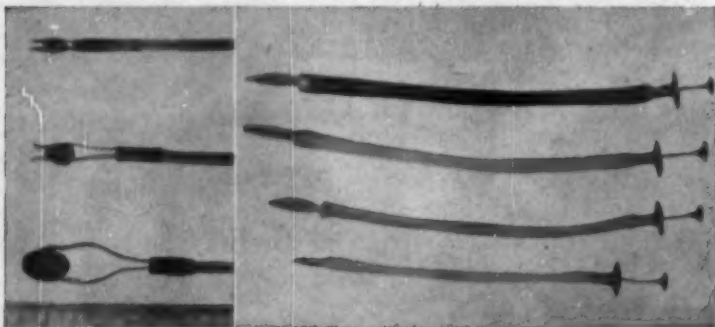


Fig. 6 — Sonda pinça para extração de cálculos ZAMITTI MAMMANA.

praticadas em pacientes gordos do tipo brevilíneo. De outro lado a disposição dada à longa canaleta escavada em seu corpo permite que se retirem numa só vez diversos cálculos de pequenas dimensões.

Se o cálculo está encravado no canal, as dificuldades operatórias aumentam de acôrdo com a sua localização. Quando situado na região pancreática do colédoco ou mesmo no hepático, a cureta

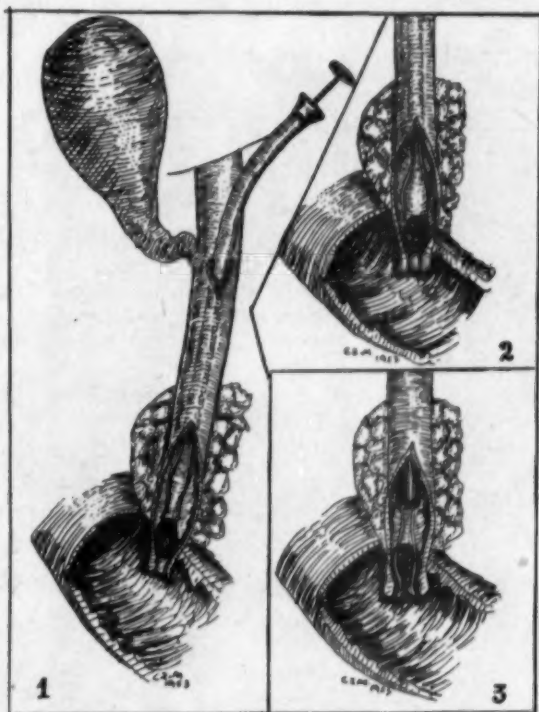


Fig 7 — N.º 1: Os ramos das alças-piças estão curtos e bem próximos uns dos outros. N.º 2: as alças-piça projetadas para frente tornaram-se mais longas e suas pontas afastadas uma da outra começaram a deslizar sobre as paredes do cálculo encravado. N.º 3: Solto o botão as alças-piças voltaram para a posição primitiva e o cálculo ficou encarcerado.

manobra delicadamente, desliza ao seu lado, fazendo-o cair em sua concavidade; mas isso nem sempre é possível, e se as paredes do ducto estão edemaciadas, corre-se o risco de lesar suas túnicas, cujas consequências tardias são por demais conhecidas.

Pinças: As pinças que permitem o mais das vezes a retirada fácil de cálculos móveis ou mobilizáveis, já não prestam o mesmo

o mesmo serviço, quando êstes se apresentam encravados. O que se verifica o mais das vêzes é que os ramos da pinça introduzidos na luz exígua e pouco distensível do canal (região pancreática, segmento pré-ampolar do ducto colédoco, ou na própria âmpola de VATER) quando se abrem nas proximidades de um cálculo encravado e perfeitamente ajustado às paredes edemaciadas do ducto, não podendo apanhá-lo entre seus ramos, distendem e traumatizam as tûnicas do ducto, e quando não fragmentam o cálculo, corroem e

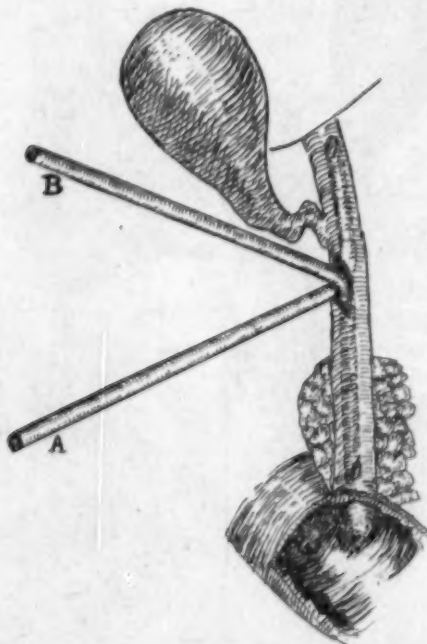


Fig. 8 — Drenagem externa das vias biliares principais. A sonda A penetra no canal hepático numa extensão de 3 centos. A sonda B tem sua ponta localizada nas proximidades da ampola de VATER. A gravura mostra que o calibre das sondas é menor que o calibre do ducto biliar.

escavam suas paredes de modo a tornar cada vez mais difícil sua pega. Nessas extrações feitas às cegas em que o cirurgião se guia pelo tacto, a passagem forçada dos ramos de uma pinça de espessura não desprezível entre o cálculo e as paredes inflamatórias do canal biliar faz-se o mais das vêzes à custa de lesões mais ou menos graves das tûnicas dêste, e podem criar mesmo um falso caminho para o interior do duodeno, de conseqüências imprevisas (hemorragias, fístulas duodenais, peritonite, retração cicatricial, etc.).

Pelas razões acima expostas, as curetas manobradas com o máximo cuidado, dada a espessura de suas paredes, dificilmente deslizam entre o cálculo e o canal edemaciado, sem ocasionar neste, lesões em suas paredes.

Sonda-pinça para extração de cálculos ZAMITTI MAMMANA. — Para evitar êsses inconvenientes e facilitar a extração de cálculos encravados, ideamos uma sonda-pinça maleável que traz o nosso



Fig. 9 — Colangiografia post-operatória de G. M. obtida injetando-se o contraste através a sonda mantida no colédoco. O contraste sob certa pressão determinou a contração do esfíncter de Oddi.

nome. Esse instrumento fabricado em diversos comprimentos e com os ramos da pinça variando de tamanho, pode ser usado também na cirurgia para a extração de cálculos renais, ureterais, etc.

A sonda-pinça é munida numa de suas extremidades de 2 alças de fio de aço flexível em forma de ramos de pinça, destinadas a apreensão do cálculo, e que manobradas por meio de um botão situado na outra extremidade podem ser movimentadas para a

frente e para traz. O mecanismo comandado pelo botão e que movimenta os ramos da pinça, acha-se envolto numa sonda de borraça ou de matéria plástica (fig. 6).

O aparelho apresenta-se com os ramos das alças da pinça curtos e bem próximos um do outro (fig. 7, n.º 1).



Fig. 19 — Radiografia apanhada momentos depois, mostrando que o contraste franqueou o esfíncter de Oddi.

Fazendo-se pressão sobre o botão, um mecanismo especial projeta as duas alças-pinça para frente, tornando-as mais longas (fig. 7, n.º 2) e dada a flexibilidade e disposição arredondada ligeiramente encurvada para fóra de suas extremidades terminais, uma vez em contacto com o cálculo, afastam-se uma da outra, deslizam e sobrepassam as paredes deste, alojando-o na parte de seus ramos (fig. 7, n.º 3), mais ampla e de forma fenestrada. Soltando-se o botão as alças-pinças voltam automaticamente para sua posição primitiva e seus ramos tornando-se mais curtos, aproximam-se um do outro,

Vantagens: Dentre as inúmeras vantagens que esse tipo de pinça apresenta sobre as demais usadas para a extração de cálculos destacam-se as seguintes:

A conformação cilíndrica e a consistência maleável da haste permite sua introdução fácil nas vias biliares principais (hepático ou colédoco) acompanhando as curvaturas dos dutos e servindo ao mesmo tempo para a exploração interna.



Fig. 11 — Colangiografia post-operatória de S. B. Radiografia simples mostrando a disposição das duas sondas no interior do canal biliar.

O mecanismo que movimentava os ramos da alça pinça, comandado pelo botão externo, trabalhando no interior da sonda, afasta durante as manobras destinadas à extração de cálculos o perigo de traumatismos na luz ou ao nível da abertura cirúrgica do canal biliar.

Fabricada de tamanhos diferentes, as manobras extratoras são facilitadas, porque o instrumento a ser usado é escolhido de acordo

com as dimensões do cálculo, avaliadas pela palpação digital ou pela colangiografia operatória.

Comprimindo-se o botão, os ramos das alças-pinças construídas com fio de aço fino e flexível, impelidos para frente, só se afastam uns dos outros quando encontram certa resistência por parte do cálculo, deslizando então de raspão de um lado e de outro, sôbre



Fig. 13 — Colangiografia post-operatória de S. B. apanhado no momento em que era injetado o contraste.

suas superfície externa, no interstício que o separa das paredes do canal biliar. O atrito e pressão exercidas pelas alças-pinças faz-se diretamente sobre o cálculo, preservando o mais possível de lesões eventuais as tûnicas do canal.

Se as paredes são irregulares e impedem a pega, recua-se o instrumento de alguns milímetros, fazendo-o de 45 a 90 graus para a direita ou para a esquerda, tentando em seguida nova pega.

Drenagem externa das vias biliares principais. — Extraídos os cálculos costumamos completar a intervenção com a drenagem das vias biliares, por meio de duas sondas independentes e de calibre menor que a luz do ducto: é uma colocada no canal hepático onde penetra cerca de 3 cents. (sonda A), enquanto a outra é introduzida no canal colédoco (sonda B) com a sua extremidade localizada nas proximidades da âmpola de VATER (fig. 8). Nos casos indicados fran-



Fig. 18 — Colaangiografia post-operatória de S. B. mostrando a passagem de contraste para o duodeno.

quecia-se o esfínter de Oddi até penetrar na luz duodenal. As sondas cruzando-se ao nível da abertura cirúrgica do canal biliar, são fixadas separadamente às paredes do ducto por meio de dois pontos de catgut cromado 00, completando-se em seguida o fechamento do canal com uma coledocorráfia. Os drenos são presos separadamente à pele com pontos de seda.

Grande parte da bile secretada passando através a sonda A é recolhida num vidro esterilizado, e o restante em pequena quan-

tidade escoar-se para o duodeno entre as sondas e as paredes do duto biliar. A bile recolhida, depois de filtrada e misturada com 100 cc de éter sulfúrico é fortemente agitada durante 10 minutos. Em seguida deixa-se decantar, retira-se o excesso de éter, e o vidro é mergulhado numa vasilha com água quente para que o restante se volatilise. A bile morna é injetada lentamente no colédoco através a sonda B. Se o esfinter de Oddi está livre a passagem se processa com facilidade para o duodeno.



Fig. 14 — Colangiografia post-operatória de M. V.: O contraste na sonda A no hepático, passa livremente no colédoco ao redor da sonda B, e após franquear o esfinter de Oddi é eliminado no duodeno.

Usamos para esse fim uma seringa de vidro de 100 cc que com o intermediário adaptado à extremidade da sonda B é posta em posição vertical com o êmbolo para cima e num nível de cerca de 20 cents. mais elevado que o corpo do doente, de modo a permitir que a bile se escoar por ação da gravidade, auxiliada em parte pelo peso do êmbolo da seringa. Essa operação é repetida de 12

em 12 horas aproveitando-se tôda a bile secretada nesse período de tempo. Nos casos de infecção biliar, injetamos logo em seguida pela sonda 2 âmpolas de 5 cc. de prontosil rubro.

Excluídos os casos de obstrução da porção terminal do colédoco por cálculos residuais, pode suceder que durante a injeção através a sonda o paciente acuse cólicas e sensação de mal estar devidas à distensão das vias biliares ocasionada pelo acúmulo de bile sob



Fig. 13 — Colangiografia post-operatória de C. V. A sonda A situada no hepático já foi retirada. O contraste injetado pela sonda B, situada na luz do ducto colédoco, encheu a árvore biliar passando ao mesmo tempo para o duodeno.

pressão em consequência de um espasmo do esfínter, de Oddi. Nesses casos a seringa é posta em nível inferior ao do paciente, e enquanto se aspira parte do conteúdo injetado, a pressão na árvore biliar vai diminuindo e desaparecem as perturbações por êle acusadas. Minutos depois a seringa é elevada aos poucos, de modo que seu conteúdo escoando-se lentamente, vence o mais das vezes a resistência do esfínter.

Com êsse processo conseguimos alimentar nossos doentes desde os primeiros dias após a intervenção, sem necessidade de administrar-lhes a bile per-os preparados sucedaneos. Figs. 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

De outro lado essa drenagem além de fornecer valiosos informes sôbre a evolução dos casos, permite que se faça a colangiografia post-operatória, de grande valor quanto à oportunidade da retirada da sonda. Pinçando-se as extremidades externas das sondas a passagem da bile para o duodeno pode ser controlada porque, como vimos ela se processa entre as sondas A e B e as paredes da via biliar principal.

Absorvido o catgut cromado, que as fixa às paredes do duto biliar, as sondas podem ser retiradas independentemente uma da outra e em épocas diferentes, sem traumatizar o orifício do duto biliar, o que não é possível fazer-se com a sonda de Kehr, que além de apresentar êsse inconveniente, pode romper-se no ponto de junção dos ramos do T.



Em dosagens eficientes :

Formosulfatazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais



LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

ESCRITÓRIO: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rede interna) São Paulo, Brasil.

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



Sedativo diurno

Neuro-Trasentina

M. R.

Irritabilidade nervosa

Estados de excitação

Distonias neurovegetativas

Dores da úlcera gastroduodenal

Estenocardia

Nevroses cardíacas e vasomotoras

*Manifestações nervosas nas tireo-
toxicoses e na involução sexual*

Vidros com 30 drágeas



PRODUTOS QUÍMICOS Ciba S. A.

Drenagem em cirurgia biliar

Prof. J. REZENDE ALVES

Helo Horizonte, Minas, Brasil

A evolução dos conhecimentos anatômicos, fisiopatológicos e dos recursos propedêuticos no peroperatório tem modificado a orientação da cirurgia das vias biliares.

No ato mesmo da operação é que vamos confirmar, infirmar ou completar o diagnóstico. Os distúrbios funcionais das vias biliares só podem ser bem esclarecidos, com os dados propedêuticos que obtemos durante o ato operatório.

O conhecimento das lesões orgânicas ou funcionais ditará a conduta terapêutica ao cirurgião: a) Fazer uma operação definitiva num só tempo; b) Derivar a bile por uma anastomose biliodigestiva após retirada do tumor; c) Remover os obstáculos e drenar a bile para o exterior; d) Drenar simplesmente a bile para o exterior (operação temporária); e) Não remover os obstáculos (tumores, estreitamento e pancreatites) e fazer uma anastomose biliodigestiva.

Em resumo: Fazer a operação, não fazer a operação ou fazê-la parcialmente.

As pesquisas e observações clínicas, mostrando a complexidade da fisiopatologia das vias biliares, já de muito, vem ensinando aos cirurgiões que as soluções cirúrgicas são muitas e que uma boa exploração do estado anatômico e funcional dos canais biliares é condição indispensável para perfeito êxito terapêutico.

Antes das colangiografias e radiomanometrias peroperatórias, muitos cirurgiões começavam logo por fazer um descolamento duodenal, para poderem explorar bem a porção inferior do colédoco, ou então deixavam um dreno na via biliar para estudos radiológicos posteriores.

A exploração manual ou instrumental não pode revelar distúrbio funcional. Somente a colangiografia e manometria podem fornecer dados seguros para um perfeito diagnóstico das disfunções esfinterianas.

É verdade que mesmo pelos exames clínicos pode chegar-se a estabelecer a existência duma resistência na porção distal do colédoco, quando o fluxo biliar é contínuo em jejum (Murakami e

Uchiyama). Esta resistência, entretanto, pode ser da causa orgânica ou funcional.

Há também as manifestações hepatobiliares por lesões extra-biliares da vizinhança. É o caso, por exemplo das dores por colecistectomias, ligadas à contração espasmódica da segunda porção do duodeno (Mc Gowan).

A falta de ácido no duodeno, provocando discinésia vesicular (Fanganniello).

A não ser em casos de hemorragia violenta, todo doente pode fazer um preoperatório, pelo menos de horas. As provas funcionais dos diversos aparelhos nos dão a resistência do candidato à cirurgia biliar e permitem-nos avaliar o risco operatório e medir, até certo, modo, a extensão e duração da operação.

A anestesia bem conduzida, transfusões de sangue, plasma, soros, oxigênio e antibióticos e Vit. K facilitam e ampliam as possibilidades do cirurgião.

O represamento da bile por qualquer obstáculo ou compressão da árvore biliar, produz: a) efeitos locais — dilatação da árvore biliar e lesão do parênquima hepático; b) efeitos gerais — 1) ação tóxica da bile sobre a circulação, sistema nervoso, rins; 2) sua falta no tubo digestivo perturba a saponificação das fezes, a absorção do cálcio, e a formação da vit. K.

Um ato cirúrgico não condicionado pelos requisitos da cirurgia moderna, pode desencadear ou agravar uma insuficiência hepática. E, tanto que escreve Mazzini: "Su sensibilidad exquisita, queda demonstrada por la simple abertura de la cavidad abdominal al alterar o metabolismo del glucogeno (Umber y Staub) y por su exposición y contacto con el aire al descender su temperatura de 1,5 a 3 grados, disminue su capacidad funcional proporcionalmente (a un 10% por cada grado (Crile), variación altamente prejudicial (Boyce)".

É claro, que toda retenção biliar traz um sofrimento maior ou menor do hepatônio, que as provas funcionais hepáticas preoperatórias podem revelar.

Nas intervenções das vias biliares, o cirurgião enfrenta vários problemas, inclusive e principalmente o da retenção biliar.

Para a icterícia de retenção em consequência de lesões da via biliar principal, citamos a classificação seguinte de Mazzini:

Sanatório São Lucas

Instituição para o progresso da cirurgia

Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Tel. 36-8181 — SÃO PAULO

- 1.^a)
Causas
intrínsecas
- Cálculos
 - Cuerpos extraños
 - Vesícula hidática
 - Ascarides — Obs. Villard
 - Distoma hepático — Obs. Valande, Gosset e Lenoir
- 2.^a)
Causas
parietales
- a) Congénitas {
 - Aplasia
 - Atresia
 - Dilatación quística (Obs. Jauregui)
 - Pancreas aberrante (Mayo-Robson)
 - b) Inflamatorias {
 - Odditis
 - Coledocitis
 - c) Tumores ... {
 - Malignos
 - Benignos
 - Infiltración
 - Granulomatosa (Stohr i Symwolt)
 - d) Traumáticas
cicatriziales {
 - Feridas post-operatórias — Cateterismos Bilroth Anastomosis
 - Feridas accidentales por cálculo
 - Úlcera, sífilis, tuberculosis, tifus
 - Espasmos de las vías biliares
 - e) Quistes {
 - del pancreas
 - Hidático del páncreas (obs. de Chutro)
 - Hidático del Hígado
 - f) Inflamatorias {
 - Cefalo pancreatitis {
 - Aguda
 - Crónica
 - Peritonitis adhesiva {
 - Úlcera duodenal
 - Úlceras específicas
 - Drenaje prolongado
 - g) Tumores ... {
 - Hígado o del páncreas
 - Estómago o duodeno
 - Colon
 - Riñón derecho etc.
- 3.^a)
Causas
extrínsecas
- a) Inflamatorias ... {
 - Úlceras del estómago
 - Úlceras del duodeno
 - Colecistitis
 - Empiema
 - Angiolocolitis
 - b) Adenopatías {
 - Específicas {
 - Tuberculosis
 - Sífilis
 - Tifus
 - Linfogranuloma
 - Leucemia linfática aguda (Ghon, Mathias)
 - Escarlatina
 - Metastáticas {
 - Sarcoma (Roux)
 - Neoplásicas {
 - Cáncer de las vías biliares
 - Cáncer del duodeno
 - Cáncer del estómago
 - Cáncer del páncreas
 - c) Anomalia de posición o aneurisma de la arteria hepática

A conduta do cirurgião variará conforme a lesão anátomo-patológica, o estado geral do paciente, os meios de que dispõe e sua experiência.

Estamos sem dúvida no período da colangiografia e manometria operatórias da 3.^a idade da cirurgia biliar, a que se refere Monteiro. E diante de novos fatos que as pesquisas clínicas e experimentais vêm fornecendo.

A boa e moderna cirurgia nos ensina que o êxito atual é consequência do conhecimento apurado das causas e efeitos dos atos cirúrgicos, duma técnica aprimorada, duma tática vívida, das indicações retas e certas do preparo pré, per e pós operatório discutidos e julgados pela equipe médico-cirúrgica.

Com todos os dados na mão e diante das lesões anátomo-patológicas encontradas no momento da operação, o cirurgião tomará a decisão de drenar ou não drenar. E surge ainda a questão de: Como, quando e quanto drenar?

Podemos dividir a drenagem em cirurgia biliar:

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|---|
| 1.ª) DRENAGEM DA CAVIDADE ABDOMINAL .. | { | a) da região sub-hepática | { | Sistemática nas infecções, nas hemorragias, nas operações sobre o hépato-colédoco |
| | { | b) do leito vesicular | { | |
| 2.ª) DRENAGEM DAS VIAS BILIARES | { | Externa | { | na vesícula
no cístico
no hepático
no colédoco |
| | { | Interna | { | perdida
ligada por um fio ao tubo para o exterior |

As razões dadas para a drenagem da cavidade abdominal são: 1.^a) Infecção; 2.^a) Possibilidade de abertura do côto cístico ou de sutura feita no hepatocolédoco; 3.^a) Hemorragia; 4.^a) Coleperitônio em consequência da exudação da bile pelo leito da vesícula.

Nos casos de processos inflamatórios, colecistites etc. a drenagem pode ser evitada, como o é nos casos de apendicite, quando se remove a parte infectada e usando antibióticos adequadamente. Ficará aconselhado somente em coleções purulentas, para manter livre a saída do puz de cujo a causa não foi removida e quando nenhuma outra intervenção foi possível.

A deiscência do côto cístico ou da sutura do ducto biliar não se dá quando: 1 — A ligadura e suturas são bem feitos. 2 — O fluxo biliar está perfeitamente desimpedido, não havendo obstáculos de natureza orgânica ou funcional no trajeto do hepatocolédoco ou na ampola de Vater. 3 — Não se ministrar solução hipertônica de cloreto de sódio (Kozol 33), morfina ou outras substâncias que

dão hipertonía do esfíncter de Oddi ou duodeno, aumentando a pressão biliar, já aumentada com a retirada da vesícula, como mostraram Potter e Mann.

Só excepcionalmente haverá necessidade dum tamponamento por hemorragia, porque: A vitamina K nos ictericos diminui o risco das hemorragias; a hemostasia deve ser rigorosa; a lesão dos grandes vasos será reparada; o parênquima hepático lesado será suturado; há também o recurso dos hemostáticos tópicos (esponjas etc.).

Nunca tivemos oportunidade de usar tamponamentos. Podem causar até morte pela compressão da veia cava ou porta. Mazzini cita um caso de compressão da porta, com morte.

Não há coleperitônio proveniente da exudação do leito vesicular: 1) Evitando-se os arrancamentos espetaculares da vesícula; 2) praticando-se o descolamento da vesícula suavemente; 3) Peritonizando-se o leito vesicular. 4) Estando completamente livre o fluxo biliar extra intrahepático.

Cadenat e Patel, dizem isto em 1928: "Quando não se tem confiança na hemostasia ou ligadura dos canais biliares, drena-se prudentemente. Nas infecções graves e gangrenas, drena-se".

As desvantagens da drenagem da cavidade abdominal são muitas: 1) Em 24 horas o dreno está bloqueado e portanto não há mais drenagem. 2) Possibilidade de formação de aderências em caso de se usarem gases. 3) Hemorragias por contacto de drenos com vasos. 4) Infecções tendo o dreno como veículo. 5) Embolias ao retirarem-se os tamponamentos. 6) Fistulas intestinais. 7) Sofrimento do doente na retirada das gases. 8) Eventrações pós-operatórias. 9) Morbidade prolongada. 10) Diminui ou suprime as propriedades defensivas do peritônio.

Só por exceção se fará drenagem da cavidade abdominal e em resumo: 1) Quando o cirurgião não puder remover o foco de infecção. 2) Não tiver elementos, não puder verificar ou tiver dúvidas sobre a permeabilidade das vias biliares. Usar dreno o menos possível e quando o fizer, usar drenos de borracha macia.

A segunda parte consta da drenagem propriamente das vias biliares, como já foi dividida.

Muitos são os fatores fisiológicos e anatómicos que influem no fluxo biliar, ora favorecendo-o ora dificultando-o.

Kozoll e Necheles citam: a) Pressão secretória do fígado. b) Função de contratilidade e armazenamento da vesícula. c) Esfíncter do cóstico. d) Válvulas de Heister do cóstico. e) Efeitos respiratórios na pressão intraabdominal. f) Esfíncter de Oddi. g) Tono e mobilidade duodenal. h) Mirizzi fala do esfíncter fisiológico do hepático que até certo ponto, se opõe à dilatação dos ramos intra-hepáticos e sua ação benéfica se faz sentir nas obstruções incompletas.

Esta aparelhagem de regular o fluxo biliar pode sofrer influências muito variáveis, como alimentares, medicamentosas, tóxicas e

conforme a amplitude, intensidade e duração destas influências, perturbar o fluxo biliar, favorecendo espasmos — colestases inflamações e cálculos.

As lesões patológicas são muitas. As soluções, portanto, são muitas e complexas.

Compreende-se o exagêro inicial das drenagens, pois as lesões menos grosseiras e as de caráter nervoso escapavam completamente aos cirurgiões, como também a êles faltava aparelhamento, desenvolvimento da anestesia, da anatomia patológica e da terapêutica. Por outro lado, as observações de clínicos e cirurgiões, acumuladas, foram mostrando o caminho a seguir.

Ora, diante dos fracassos das operações mais avançadas, principalmente de enfêrmos ictericos, em mau estado geral, com poucos recursos para os melhorarem, a solução mais simples era drenar a bile para o exterior e, depois, quando possível, resolver melhor o problema.

Consultando a bibliografia encontramos uma série de indicações e vantagens para a drenagem e muitos continuam drenando a larga manu, mesmo depois da colangiografia.

São:

1) Através da vesícula, nos casos graves, com permeabilidade do cístico. 2) *em toda coledocotomia*, que é indicada; a) quando há cálculo palpável no colédoco. b) nas icterices com ou sem febre. c) nos espessamentos da parede do colédoco com ou sem dilatação. d) nas vesículas contraídas sem cálculo. e) quando o cístico está dilatado. f) quando a cabeça do pâncreas está aumentada. g) se o doente tem mais de 60 anos e tem uma história antiga de doenças das vias biliares. Glenn.

Plínio Bove diz: "A coledocotomia exploradora, quasi sempre é transformada em coledocostomia, pela introdução, no colédoco, de um tubo de Kehr, e só raros cirurgiões suturam o canal, após sua exploração"

- 3) Nas angiocolites
- 4) Nas pancreatites
- 5) Nos estreitamentos
- 6) Nas plásticas
- 7) Quando o estado geral do doente icterico é mau e não se pode aproveitar a vesícula biliar, drenar o colédoco.
- 8) Nas ruturas das vias biliares
- 9) Retenção biliar de causa não determinada
- 10) Quando há obstáculos que não puderam ser removidos.
- 11) Para tratar, pelo método de Pribam, de cálculos não removidos.

- 12) Para descomprimir a árvore biliar e desintoxicar o doente.
- 13) Para facilitar o diagnóstico por meio de fistulografia e manometrias pós-operatórias.
- 14) Para controle de infecção.
- 15) Hicken, achando que o traumatismo produzido pela coledocotomia pode provocar espasmo do esfíncter de Oddi, aconselha drenagem, quando abre as grandes vias biliares.
- 16) Mc. Donald e outros no tratamento da icterícia médica aconselham o dreno para lavagem do sistema biliar com água quente de 49 a 60º, pois acham esta lavagem um estimulante para a célula hepática.

Por outro lado, baseados em vários autores, podemos citar as seguintes desvantagens:

- 1.ª) A inflamação da parede do colédoco agrava e não melhora com a presença do tubo. Jurasz.
- 2.ª) Estenoses em consequência da drenagem do colédoco.
- 3.ª) Fístulas.
- 4.ª) Qualquer tubo produz irritação do colédoco. Diz Hicken que o problema é diminuir esta irritação ao mínimo.
- 5.ª) Morbidade prolongada. Ficando o tubo meses e até anos, segundo Behrens.
- 6.ª) Infecção pelo dreno. Lary.
- 7.ª) Os cálculos não saem.
- 8.ª) Não se removem as estenoses.
- 9.ª) As lesões funcionais de Oddi continuam.
- 10.ª) Formação de concreções no tubo, obrigando a reintervenções.
- 11.ª) Saída do tubo do canal biliar.
- 12.ª) As reintervenções são muito mais difíceis e chocantes.
- 13.ª) A retirada do dreno pode ser difícil e dolorosa. Para evitar qualquer desastre Chechile, aconselha um manguito que vae da pele até próximo do colédoco.
- 14.ª) Perigo de pedaços do tubo ficarem dentro do canal. Thorek.
- 15.ª) Angulação e obstrução do colédoco pela drenagem em T (Lasale e Zavaleta).
- 16.ª) Hemorragia da artéria hepática, por lesões provocadas pelo tubo.
- 17.ª) A drenagem externa acarreta desidratação, queda da proteína, do colesterol e do cálcio.
- 18.ª) Queda da vit. K e coagulação do sangue prejudicada.

- 19.^a) Insuficiência hepática, talvez por descompressão brusca. Canônico manda fazer uma descompressão gradual.
- 20.^a) Evolução rápida do CA da cabeça do pâncreas nos colecistomizados.
- 21.^a) Ineficiência da drenagem, obrigando a novas operações.
- 22.^a) Déficit econômico-financeiro.

A drenagem externa das vias biliares está reduzida a um mínimo nas mãos de alguns cirurgiões.

Somos dos que evitam a drenagem, preferindo muitas vezes fazer uma anastomose biliodigestiva, quando não podemos remover o obstáculo que repriza a bile.

Com os exames colangiográficos, geralmente não fazemos a coledocotomia e quando a praticamos, por razões terapêuticas e raramente propedêuticas fazemos a coledocorráfia.

Estudando os prós e os contras das drenagens, fazemos as seguintes considerações: A colecistostomia pode ser usada como drenagem das vias biliares, quando o cístico é permeável e como drenagem da vesícula, se o cístico está obstruído. É geralmente uma operação simples. Sua frequência caiu muito, pois muitos motivos da sua execução estão hoje superados. Os antibióticos debelam as infecções, a vit. K regula a coaguabilidade do sangue, a anestesia moderna, o pré, pér e pós operatório permitem que o cirurgião faça maiores operações em doentes debilitados.

Em 242 operados de vias biliares, fizemos apenas 11 colecistostomias, sendo que 7 foram feitas antes de 1942. De 1942 para cá fizemos 4 pelos seguintes motivos: 1) Rutura da vesícula, com 48 horas, num velho de 70 anos, em péssimo estado. Foi feita uma colecistostomia sem nenhuma exploração. Apenas verificamos a permeabilidade do cístico. A fistulografia posterior revelou obstrução completa da porção inferior do colédoco e a segunda intervenção mostrou que era benigna. Colecistoduodenostomia com ótimo resultado. 2) Empiema da vesícula com extensas aderências e estado geral mau, sem icterice. Drenamos a vesícula com bom resultado e, posteriormente, foi retirada. 3) Icterice intensa e persistente. Na intervenção a colangiografia revelou permeabilidade normal da via biliar. O resultado do exame anatomopatológico do fígado foi de hepatose. A doente se restabeleceu. 4) Fleimão da vesícula. Icterice. Na intervenção mal pudemos distinguir o fundo da vesícula, tal era o bloco inflamatório. Óbito.

A colecistostomia é hoje praticamente uma intervenção de urgência.

No caso de se drenar achamos que a drenagem pela vesícula biliar, sempre que possível, é preferível, porque: 1) Conserva a vesícula que poderá ser utilizada numa anastomose biliodigestiva; 2) é uma operação muito mais simples; 3) garante a sutura do canal biliar, se foi feita; 4) as paredes do canal biliar não são irri-

tadas pelo dreno; 5) facilita posteriormente a exploração do hepatocolédoco; 6) não haverá tanta aderência nas vizinhanças do hilo hepático, no caso de uma reintervenção. Limitamos às indicações das coledocostomias aos casos maus porque mesmo as ruturas e processos inflamatórios não são indicação formal. Tivemos 3 ruturas de vesícula biliar e apenas uma foi drenada.

As coledocostomias foram também restringidas, porque: 1) muitas das indicações para coledocotomias são hoje evitadas pelas colangiografias peroperatórias; 2) muitas vezes são praticadas coledocorrafias, papilotomias e anastomoses biliodigestivas.

O problema de toda cirurgia biliar é estabelecer um diagnóstico exato da natureza e sede da lesão.

Isto feito a decisão de ser tomada segundo: a) a experiência do cirurgião; b) o estado geral do doente; c) a extensão, natureza e sede da lesão; d) recursos materiais do ambiente de que dispõe o cirurgião.

O problema cirúrgico não é tirar ou drenar a vesícula, drenar o hepático ou colédoco e sim solucionar o caso da melhor forma e conforme os requisitos da cirurgia atual.

A drenagem externa resolve da melhor forma? Não, pois é uma operação temporária para contornar uma dificuldade. A questão também é que, ao lado dos seus benefícios, cria às vezes dificuldades graves.

Sob outro ponto de vista, poderíamos dividir a drenagem: 1) Por convicção, praticada pelos que estudam e a têm como a melhor solução; 2) Por rotina, praticada porque os outros a praticam; 3) Por ignorância quando feita sem conhecimento de causa ou por inexperiência do cirurgião; 4) por dúvida, quando o cirurgião não tem confiança nas suturas.

A coledocostomia pode ser substituída, na maioria das vezes e com vantagem pela coledocorrafia ou pelas anastomoses biliodigestivas.

A exigência absoluta para a sutura do ducto biliar é que o trânsito da bile esteja completamente livre.

Diz Mirizzi (Acorring to modern criteria, the thickness of the wall of the duct, the dilatation of the ductal lumen, the turbid aspect of the bile and the presence of gravel in the choledocal bile, as well as other minor alterations, are factors of secondary importance (Weglowaki) in healing of the incised common bile duct, by first intention".

Sabendo-se desde os estudos de Potter e Mann que a retirada da vesícula aumenta a pressão da bile, é evidente que na coledocorrafia, temos que tomar medidas para que esta pressão não seja ainda mais aumentada e que, pelo contrário, diminua evitando os espasmogênicos como soluções salinas hipertônicas, morfina e ministrando antiespasmódicos — atropina, papaverina, etc.

Remover todos os cálculos e corpos estranhos existentes nos canais biliares. Praticar a esfinterotomia do esfíncter de Oddi, quando indicada. Fazer a sutura do canal biliar com pontos separados. Usamos sempre catigute n.º 0 em agulhas atraumáticas. Pontos separados. Epiplopastia.

Mallet-Guy e Gangolphe em estudo de 100 operações sobre o colédoco, dão duas diretivas gerais: 1) "Assurer d'emblée le plusieurs temps. 2) Accessoirement, éviter, dans la mesure du possible, les drainages cholédociens externes".

Continuam os mesmos autores: "Le Drainage biliaire externe comporte, en effet, ses risques propres qui se trouve à leur degré maximum justement chez ces malades gravement atteints que l'on destinerait aux opérations en deux temps".

Justificam a operação em dois tempos: No choque provável. Não tendo os exames. Não podendo ou sabendo fazer a colangiografia e manometria.

Indicam a coleduodenostomia: a) quando o colédoco está dilatado; b) em doentes frágeis (velho, cardíaco, tarado e nervoso).

Acham melhor a drenagem nos casos benígnos.

Em 242 intervenções nas vias biliares, fizemos: em dois doentes de pancreatite crônica com obstrução completa do colédoco, coleduodenostomia e em um outro, cistoduodenostomia com drenagem interna, ligado a uma sonda gástrica, numa segunda intervenção, por mau funcionamento da anastomose. O dreno foi retirado com a sonda gástrica 15 dias depois da operação. Em um caso de estreitamento do colédoco, uma coleduodenostomia. Ressecamos o colédoco num caso de câncer e fizemos uma anastomose da vesícula com o duodeno.

Fizemos 18 coledocostomia e apenas drenamos 1 colédoco com o tubo em T, após a retirada de um cálculo. A evolução da doença terminou bruscamente com uma síncope cardíaca.

Praticamos 17 coledocorrafias, após coledocotomias sendo que apenas o doente com anastomose cistoduodenal teve drenagem interna transanastomótica. Não tivemos nenhuma complicação decorrente da colangiografia, nem óbito. Foram feitas 5 esfinterotomias do esfíncter de Oddi acompanhadas de coledocorrafias.

A drenagem interna pela âmpola de Vater não é aconselhável, por favorecer a entrada da bile no canal de Wirsung, espasmos do esfíncter de Oddi. Mirizzi.

Nossa experiência, ainda que pequena, nos autoriza a continuar com a mesma orientação, i. é, que o colédoco deve sempre ser suturado, quando o trânsito biliar estiver desimpedido.

Lasala aconselha drenagem pelo cístico, após as coledocorrafias.

No que toca a infecção das vias biliares, julgamos não ser obrigatória a drenagem: 1) porque no dizer de Mirizzi a infecção se remove com um trânsito biliar livre; 2) a irritação produzida pelo dreno também é causa de inflamação; 3) o dreno é um corpo estra-

nho dentro do colédoco, podendo dar espasmos do Oddi e represamento da bile infectada; 4) pode entrar infecção pelo dreno; 5) os antibióticos prescritos convenientemente debelam a infecção, permitindo um restabelecimento mais rápido.

Nas pancreatites agudas, se o doente fôr operado, havendo lesões das vias biliares, drenar de preferência a vesícula, para reduzir o ato cirúrgico ao mínimo.

Nas pancreatites crônicas nossa conduta é fazer uma anastomose biliodigestiva, dando um rápido restabelecimento do doente.

Nas estenoses ou melhor atresias quer sejam congênitas, por lesões cirúrgicas, por cicatrização após passagem de cálculos ou por simples inflamação, localizadas no hepático ou colédoco, a conduta será: a) derivar a bile por uma anastomose biliodigestiva, como querem Hepp e D'Allaines; b) ressecar a parte estreitada e refazer o canal por uma anastomose, c) fazer uma plástica e neste caso usar um tubo mais como um elemento modelador do que como um dreno.

Nos casos maus com ruturas biliares, com muitas horas, obstáculos intransponíveis, icterices cuja causa não foi determinada, mesmo no ato cirúrgico, poder-se-á fazer a drenagem.

Para um tratamento de cálculos residuais pelo método de Pribram, não é aconselhável, pois este no dizer de Glenn está abandonado pelas reações graves imediatas ou tardias que provoca.

Sénéque também acha inconveniente: a) pela longa duração do tratamento; b) porque não serve para os cálculos grandes; c) pelas inflamações que provoca.

Usar drenagem porque a coledocotomia provoca irritação e espasmo do Oddi pelos antiespasmódicos e hidratar os doentes, porque sem hidratação e antiespasmódicos a bile se espessa e torna mais difícil o trânsito, provocando mesmo conforme observações de Eisenstein subcterice e até icterice após uma simples colecistectomia.

Fístulas podem aparecer após coledocorrafia, quando: 1) houve pinçadas às cegas em consequência de hemorragias e por isso lesões e necrose do colédoco; 2) foram pinçadas as bordas do colédoco no momento da sutura; 3) lesões vasculares, com consequente necrose da parede do canal; 4) Foi feita uma má sutura; 5) foi feita dilatação mecânica do canal; 6) o fluxo biliar não ficou completamente desimpedido; 7) abertura irregular; 8) foram ministradas ao doente substâncias espasmogênicas.

Hicken aponta os seguintes erros na exploração do canal biliar: a) uso de instrumentos impróprios; b) pressão indevida sobre os instrumentos através do canal; c) manuseio indelicado dos instrumentos causa abcesso retroduodenal, peritonites colêmicas, estreitamentos, etc. d) falta de exploração da âmpola de Vater; e) condena as dilatações digitais pelas dilacerações que produzem.

Isto, achamos nós, depende do diâmetro do canal biliar e da grossura do dedo do cirurgião. Com as devidas precauções a cole-

docotomia seguida de sutura não é causa de irritação, nem de espasmos nem de fístulas. Além do mais a abertura do canal biliar deve ser feita, na medida do possível, não como exploração, mas como terapêutica, lançando-se mão da colangiografia e manometria como meios propedêuticos.

As anastomoses bilio digestivas, que substituem as drenagens, quando os obstáculos são irremovíveis ou como meios mais fáceis de contorná-los, sofrem sua crítica:

- 1) Mirizzi admite um centro anatômico fisiológico e neuro-simpático na parede do ducto biliar ou nas suas proximidades, opinando que não se deve romper esta integridade com anastomose bilio digestiva.

Hernandez diz que não há nenhuma prova da existência dum sistema esfinteriano ao longo do canal hepático e de peristaltismo coledociano e ainda que se tais funções existem na via biliar extra-hepática, elas deverão ser demonstradas por outros meios, pois as imagens colangiográficas obtidas com contraste iodado não são convincentes.

Além disso acrescentamos que o referido equilíbrio já está rompido pela lesão anátomo patológica e portanto o argumento não procede.

- 2) A infecção ascendente tem sido salientada por muitos. Nenhum dos doentes em que fizemos anastomoses têm apresentado sintomas de infecção biliar.

Ladd diz que não é preciso prevenir uma infecção ascendente.

- 3) Dificuldades técnicas. Sempre que é possível, fazer anastomoses com a vesícula. Se esta não é aproveitável, fazer com o colédoco ou o cístico. Realmente as anastomoses podem ser difíceis, mas só serão feitas, na presunção, é claro, de que sua execução será mais benéfica e tolerável para o doente do que qualquer outra intervenção que se empreendesse.

Sabemos que a drenagem pode trazer uma série de complicações, como foi exposto. Que ela pode ser substituída ou evitada muitas vezes, mas reconhecemos que ela é defendida, com ótimos resultados, por muitos cirurgiões.

Não a condenamos formalmente, mas queremos por em evidência o fato de que, no momento atual, com os elementos de que dispomos, a drenagem das vias biliares deve ficar reduzida a um mínimo. Pelo menos assim temos agido e nunca perdemos doente por que não drenamos.

Em 242 operados, perdemos 5, i.é, 2,065% assim distribuídos: 2 flemões gangrenosos da vesícula; 1 por síncope cardíaca; 1 por complicação respiratória; 1 por acidente anestésico no ato cirúrgico.

Mallet-Guy diz que a drenagem prolongada pode fazer desaparecer reações hipertônicas do esfíncter de Oddi, mas o mesmo autor acha que a vagotomia pode abolir espasmos e hipertonia, como a esplanicnecotomia combate as hipotonias. A esfínterectomia do do esfíncter de Oddi é muito preferível, a nosso ver, do que uma drenagem prolongada.

No dizer de Bove: "em eficiência a papilotomia é comparável a drenagem da coledocostomia".

As dicinésias podem ser combatidas por medicações ácidas, quando são causadas por hipoacidês duodenal.

Os cirurgões que drenam as vias biliares são muitos e quanto a questão de drenar, há acôrdo entre eles, mas a duração da drenagem segundo Mac. Gown é discutida.

Pelos nossos estudos e mais pela experiência de diversos autores, se tivermos de drenar seguiremos a seguinte orientação:

- 1) Sempre que possível, drenaremos pela vesícula ou pelo cístico.
- 2) Na drenagem do hepático ou do colédoco, usaremos o dreno em T com ramos bem macios e mais curto possíveis.
- 3) Seu diâmetro deve ser igual a $2/3$ do diâmetro do canal.
- 4) Deve ser bem ajustado ao canal para não extravasar bile.
- 5) Bem fixado para não escapular.
- 6) Drenar por uma pequena incisão suplementar, para evitar infecção da ferida, deiscência, eventração, demora no hospital etc. (Allen).
- 7) Usar tubo de Mac Gowan que impede a tração do colédoco e não permite a saída do tubo.
- 8) Hidratar bem o doente.
- 9) Mantê-lo sob boa concentração de antibióticos, para evitar e combater infecção das vias biliares.

Quanto a duração, Hicken diz o seguinte: "A drenagem prolongada é inútil, desnecessária e prejudicial". Mesmo porque, não raramente o tubo deixa de funcionar ou funciona mal por entupimento (concreções, muco, etc.).

O mesmo autor aconselha, normalmente, a tirar o dreno 6 a 8 dias depois da operação. E diz que nestes últimos 10 anos não manteve drenagem por mais de 3 semanas. Acha melhor, deante de uma obstrução, fazer uma operação reconstrutora.

A retirada tem de ser guiada pelos exames radiológicos e manométricos.

Mc Gowan e outros retiram o dreno quando pela colangiografia e manometria o canal biliar está desimpedido e quando não há colangite.

Mac Gowan distingue 2 tipos de pressão: a) pressão intrabiliar de repouso que normalmente deve ser de 30 mm. de água ou menos, pois a pressão de secreção é de 300 mm de água; b) pressão de enchimento das vias biliares cujo limite normal é de 500 mm. água, sem dor.

Quando há colangite o paciente acusa dor com 100 mm. e menos de pressão água.

Duas semanas depois da operação são feitos estudos da pressão e fistulografia. O dreno é clampado durante uma hora duas vezes ao dia. O período é gradualmente aumentado de $\frac{1}{2}$ hora ao dia, até que o tubo seja fechado todo o tempo.

Se os estudos mostram uma elevação de pressão ou um limiar de pressão dolorosa baixo, o dreno é aberto até normalizar a pressão.

Após o fechamento do tubo durante 3 semanas, este poderá ser retirado: a) se a pressão intrabiliar for 30 mm. água mais ou menos; b) se o limiar de dor á pressão for de 500 mm. água ou mais; c) se pelos colangiogramas, não haja pancreatites, cálculos ou estenoses.

Outros ainda fazem a prova mecolil morfina, para conhecimento do refluxo pancreático biliar e resposta do Oddi a ação dos agentes espasmogênicos.

RESUMO E CONCLUSÕES

- 1) Só por exceção se fará drenagem da cavidade abdominal, i. é, nos casos de infecção aguda, quando a remoção do foco não foi possível.
- 2) Não há que temer coleperitôneo e portanto não é justificada a drenagem abdominal, quando: a) retira-se a vesícula com boa técnica, sem arrancamento, sem portanto haver lesão do leito hepático vesicular; b) o trânsito biliar está normal, sem nenhum obstáculo (orgânico, funcional ou corpos estranhos) que possa impedir o fluxo e aumentar a pressão; c) não se ministrarem aos doentes que sofreram colecistectomias ou suturas dos canais biliares, drogas espasmogênicas.
- 3) Os cuidados e medicamentos hemostáticos evitam hemorragias e portanto, os tamponamentos.
- 4) A cicatrização dos canais biliares é rápida, prova a retirada dos drenos, quando não há obstáculos e portanto o fluxo biliar está desimpedido.
- 5) O cirurgião que tenha dúvida sobre a permeabilidade do canal biliar terá de deixar um dreno, mas neste caso, é melhor que o deixe na via biliar, para facilitar esclarecimentos posteriores.
- 6) Fazer uma propedêutica apurada antes da operação.
- 7) Usar rotineiramente as provas semiológicas no ato operatório (colangiografia e manometria).
- 8) Comumente praticamos a colangiografia.
- 9) Feito o diagnóstico da lesão das vias biliares, procurar, sempre que possível, dar uma solução definitiva do caso.
- 10) Na medida do possível, no ato operatório, poupar a vesícula, até ter um perfeito conhecimento do estado anatomofisiopatológico do canal biliar.
- 11) Preferimos uma boa anastomose bílio digestiva, a uma drenagem prolongada e sempre que possível aproveitar a vesícula para a anastomose.

- 12) Temos 6 anastomoses biliodigestivas, com Follow-up, sem nenhuma manifestação de infecção ascendente.
- 13) Preferimos a esfínterotomia do Oddi a qualquer drenagem.
- 14) Drenar o menos possível as vias biliares.
- 15) Se drenar, dar preferência a drenagem pela vesícula ou cístico.
- 16) Drenando o hepático ou o colédoco, fazê-lo no menor tempo possível.
- 17) O dreno, depois de algum tempo, funciona mal ou não funciona.
- 18) Para nós, as piores consequências da drenagem são: a) morbidade prolongada com todas as suas consequências; b) não funcionamento do dreno, obrigando-se a novas operações, para o repor; c) insuficiência da drenagem, em relação a cura da lesão, havendo necessidade de intervenções iterativas, para se conseguirem resultados definitivos; d) dificuldades aumentadas nas reintervenções, com maior risco para o doente — muitas vezes mais espoliados do que na primeira intervenção.
- 19) A abertura do canal não implica necessariamente em drenagem. Fizemos 17 suturas do canal biliar principal, sem nenhuma complicação. Apenas em um caso deixamos um dreno transcístico duodenal em uma anastomose cístico-duodenal.
- 20) Entretanto, toda vez que o cirurgião não dispuser de meios para o esclarecimento da lesão anatomopatológica das vias biliares, não puder fazer a operação conveniente por condições locais ou gerais, ou, por razões compreensíveis, não estiver preparado para uma solução definitiva, aconselhamos a drenagem onde puder ser feita.



Aumenta a resistência contra a infecção

CHOLERGINE

Lípidos e Coloides totais do fígado e da bile de
touro sob forma natural em que são elaborados
pela célula hepática.



INFECÇÕES CRÔNICAS AFECÇÕES PULMONARES
CRÔNICAS DECADÊNCIA ORGÂNICA.

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA CELULAR

Ampólas de 2 cm³ para uso intramuscular.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242-CAIXA POSTAL, 464-RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

AÉROCID

SINERGIA OPOTERÁPICA

Pós de: Paratireóide, supra-renal, hipofise,
fígado, baço.

AEROFAGIA, AEROGASTRIA, AEROCOLIA.



2 dragéas ao levantar e 2 dragéas ao deitar.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 464 - RIO
FILIAL: RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

Anastomoses bilio-digestivas

Dr. EURIPEDES GARCIA

Uberaba, Minas, Brasil

As anastomoses bilio-digestivas são operações de necessidade que criam nova comunicação entre as vias biliares e o tubo gastro-intestinal. As suas indicações, a sua confecção e os seus resultados humanos experimentais estão sujeitos à controvérsia e merecem ampla discussão.

Normalmente, as vias biliarés e o tubo gastro-intestinal estão separados por uma formação esfinteriana que regula e dirige o fluxo de parte a parte permitindo a passagem da bile, quando solicitada, e impedindo o refluxo do conteúdo duodenal para dentro das vias biliares. Este esfíncter torna-se assim o guardião que mantém as condições de higidez de todo o sistema biliar. Quando se realiza uma nova comunicação biliodigestiva, a nova boca anastomótica, torna-se um orifício hiante, passivo e inerte, que permite o fluxo biliar e o refluxo digestivo, com livre passagem para ambos os lados, tara inevitável" no dizer de Mallet-Guy, que arrasta uma série de conseqüências que fazem da operação nada mais do que um ato necessário e inevitável. É somente sob este conceito de operação de necessidade" que, a nosso ver, a anastomose bilio-digestiva pode ser admitida e justificada.

Primitivamente reservada como operação paliativa nas obstruções neoplásicas da extremidade inferior do colédoco, da ampola de Vater e nas compressões neoplásicas da cabeça do pâncreas ela foi depois, extendida aos estreitamentos inflamatórios, às lesões traumáticas e às malformações congênitas das vias biliares e chegou mesmo, num excesso de entusiasmo, a ser indicada nas perturbações funcionais biliares. Abandonada nesta última indicação por ser ineficiente, firmou-se o conceito de que a anastomose colecisto-digestiva somente funciona quando a via biliar principal estiver totalmente bloqueada. A nossa experiência corrobora este fato. Tivemos oportunidade de reoperar um doente no qual, há anos, tinha sido praticada uma colecisto-duodenostomia por estreitamento inflamatório do colédoco e verificamos que a derivação não funcionava; a boca anastomótica se encontrava totalmente obliterada, o que vinha confirmar a afirmação de Judd de que a

bile não passa pela anastomose se não existir obliteração completa do colédoco.

O inconveniente de grande monta da anastomose bilio-digestiva é a infecção ascendente repetida das vias biliares que acarretam, em tempo mais ou menos longo, a cirrose e suas conseqüências. Ainda sob este aspecto, os resultados, experimentais obtidos principalmente no cão, onde a infecção ascendente é inevitável, discordam daqueles observados nos casos humanos operados, onde ela se instala com menos freqüência e mais benignidade. Diversos métodos e detalhes técnicos tem sido creados para afastar ou contornar este inconveniente grave, sem entretanto eliminá-lo totalmente.

A colangite ascendente decorre do refluxo do conteúdo do aparelho digestivo nas vias biliares pela ausência da proteção esfinteriana ou da estase conseqüente a uma estenose cicatricial da bôca anastomótica. Este último fator pode ser afastado pelo aprimoramento técnico do ato cirúrgico, realizando bôca anastomótica de boa amplitude perfeito afrontamento de mucosa. O refluxo pode ser, até certo ponto, atenuado com as anastomoses chamadas valvulares e com o uso de segmento digestivo excluído. Apesar de todos êsses recursos, a possibilidade de colangite ascendente, nesta operação "contra natura", como a chamou Bengolea, permanece constante e a sobrevida indeterminada.

Anastomoses bilio-digestivas tem sido feitas aproveitando-se qualquer segmento das vias biliares quer seja a vesícula, o colédoco o cístico ou o hepático e anastomosando-o a qualquer dos segmentos abdominais do tubo gastro-intestinal, colon, jejuno, duodeno ou estômago.

O uso do colon está fora de cogitação por apresentar a maior chance de infecção apesar das tentadoras facilidades técnicas e de ter sido historicamente o primeiro segmento intestinal usado para a primeira anastomose bilio-digestiva (Winiwater, 1880).

O jejuno apresenta as mesmas facilidades técnicas e os mesmos inconvenientes sépticos do colon atenuados pelo recurso de se poder praticar a exclusão digestiva usando-se uma alça em V com jejuno-jejuno anastomose complementar e plissamento da alça aferente (alça em V de Krause) ou uma alça em Y (tipo Monprofit).

O duodeno e o estômago são os locais apropriados que disputam a preferência dos cirurgiões. O duodeno teoricamente apresenta a vantagem de ser o segmento que normalmente recebe a bile do sistema biliar; praticamente segundo estudos realizados experimentalmente no cão e observações radiológicas feitas no homem, parece apresentar maior refluxo além da possibilidade maior de fazer chegar, às vias biliares, o suco pancreático, com suas possíveis conseqüências. O estômago, preferido por grande número de cirurgiões, mereceu de início justificado receio por se temer perturbações da função gástrica em razão da chegada permanente de bile ao órgão. Com efeito, Claude Bernard provou, in vitro, que a bile

provoca parada da digestão p^gástrica precipitando as albuminas já dissolvidas. Entretanto Oddi verificou que este fenómeno não se observa no vivo e as numerosas colecisto-gastrostomias realizadas na América e na Rússia, como tentativa de cura da úlcera gastroduodenal, vieram demonstrar a inocuidade da chegada constante de bile ao estômago. Para evitar o refluxo Berard e Mallet-Guy fazem uma incisão vertical, paralela ao píloro, 3 a 4 cms. acima dele, na parede anterior do antro, afim de que sejam respeitadas as fibras circulares. Desta maneira, no momento da expulsão do bólo alimentar, a bôca anastomótica é fechada pela própria contração gástrica. Visando a mesma finalidade de evitar o refluxo, Zolinger descreveu a colecisto-gastrostomia valvular, implantando a vesícula entre a sub-mucosa e a serosa do estômago.

O segmento das vias biliares mais usado pelos cirurgiões, é, quando possível, a vesícula, não somente em razão das suas facilidades técnicas, mas também de suas vantagens fisiológicas. Na opinião de seus adeptos ela é quem mais reduz a possibilidade de infecção ascendente devido ao fato da interposição da vesícula entre o tubo digestivo e as vias biliares desempenhar uma ação protetora e também pela interposição de um esfinter do canal cístico, como detentor natural do refluxo e guardião das vias biliares. Estudos radiológicos de Mallet-Guy mostraram que na colecisto-gastrostomia a passagem de ar e bário para as vias biliares existe apenas na metade dos casos e, nestes, nunca ultrapassaram a vesícula detendo-se na barreira do canal cístico limitando assim a possibilidade da colangite ascendente que não deverá existir, desde que a bôca anastomótica seja ampla de estreitamento.

O uso do colédoco tem a preferência de muitos cirurgiões, principalmente alemães. Apresenta a vantagem de ser a via mais direta, mas, pelo menos experimentalmente, está mais sujeita á infecção ascendente. Esta é provocada experimentalmente no cão pela simples secção cirúrgica do esfinter de Oddi, sem qualquer derivação do fluxo biliar. A anastomose da via biliar principal com o aparelho digestivo pode ser realizada, de acôrdo com as circunstâncias, em látero-lateral com o duodeno ou então em término-lateral com qualquer segmento gastro-intestinal. Esta última, geralmente uma colédoco ou hepático-duodeno, gastro ou jejunosomia exige anastomose virtuosamente realizada, com detalhes técnicos tais como afrontamento preciso de mucosa afim de se evitar o estreitamento, por retração, da bôca anastomótica. Deve ter sempre, quando possível, a preferência sobre as látero-lateraes, em virtude destas possuírem o inconveniente de crear um fundo de saco abaixo da anastomose. A falta de esfinter nas termino-lateraes pode ser atenuada usando-se um processo valvular qual seja a implantação plástica valvular de Walton, util principalmente nos casos de conduto curto, mas que exige condições gerais e locais que a facilitem.

A cístico-duodenostomia, implantação do cístico no duodeno, foi usada por vários autores: Lehman, Bernhard e principalmente

Mirizzi. Os seus preconizadores proclamam as vantagens fisiológicas desta derivação que submete o refluxo duodenal á barreira das válvulas de Heister; outros, como Finsterer, duvidam dos resultados permanentes desta anastomose que não logrou ainda ganhar as simpatias gerais.

Os resultados das anastomoses bilio-digestivas estão inteiramente ligados á principal consequência destas derivações que é a infecção ascendente das vias biliares. Há, neste terreno, uma acentuada discrepância entre os resultados experimentaes no cão e os resultados das operações praticadas no homem e também diverge a experiência de vários cirurgiões com este tipo de operação.

Nos animais de experiência, a colangite ascendente se instala, em regra, após 30 ou 60 dias. A digestão gástrica não se altera continuando o meio sempre ácido; o refluxo constitue sempre uma verificação positiva á autópsia e á observação radiológica; a vesícula sofre modificações para adaptar-se á novas funções e apresenta acentuada hipertrofia da mucosa e, grande desenvolvimento de tecido linfóide, espessamento de suas paredes e redução de sua capacidade; as vias biliares se tornam, com o tempo, dilatadas, com paredes espessas, podendo haver pús nelas e no fígado.

No homem, para Graham, Cole, Copher e Moore a infecção ascendente é quasi inevitável. Bernhard, em estudo completo, baseado em 128 observações, constatou a presença de infecção hepato-biliar em 10 a 20% dos casos. Na experiência de Hutter ela poudé ser evidenciada em 11% dos operados.

Por outro lado, Babcock e Du Bose afirmaram que nunca encontraram colangite em seus casos. Lowenstein e Bardeleben asseveram que, quando ella existe, não constitue perigo. Gentile tem igual opinião e Finsterer, em 42 operados observados num período de 3 a 12 anos, acha o perigo de infecção ascendente infundado. Schmidt, em sua experiência, não observou colangite e já Walton, em treze casos, teve três mortes motivadas por ella. Na criança, em 27 casos citados por Gross, em anastomoses praticadas por malformações congénitas das vias biliares, 6 faleceram em consequência de evidentes e serias lesões hepáticas.

Ante á divergência de resultados, Sandblom argumenta que se alguns cirurgiões não encontraram manifestações clínicas de infecção ascendente é porque ellas não são tão evidentes, mas as alterações anátomo-patológicas existem. Efetivamente, nos resultados experimentais a verificação é feita na autópsia enquanto que no homem ella é diagnosticada pelos sintomas: febre, calafrios, icterícia, leucocitose etc. Não é verdade que na ausência destes sintomas excluam a inflamação da árvore biliar. Walters e Snell affirmam categoricamente que " a gravidade de sintomas não é sempre um índice do grau de supuração, e em muitos casos, extensa infecção purulenta da árvore biliar pode desenvolver-se com mínimas manifestações sintomáticas. Isto é especialmente verdadeiro

para a colangite que pode desenvolver-se em associação com cálculos ou estreitamento. Foi muitas vèzes observado que uma supuração atual atual nas vias biliares, pode ocorrer sem febre”.

Zaslow e Crounseller estudando e comparando os dados clínicos do pré-operatório e do pos-operatório e os achados de autópsia encontraram que a colangite em indivíduos que sofreram anastomoses bilio-digestivas pode surgir como consequência de estreitamento da anastomose mas, também, pode aparecer sem ele em anastomoses amplas; verificaram ainda que pacientes antes portadores de infecção das vias biliares dela se curaram após a operação derivativa. O fato das anastomoses bilio-digestivas curarem a infecção das vias biliares e também provocá-la constitui um paradoxo facilmente explicável. Um paciente portador de uma colangite com obstrução adquire, depois de certo tempo, alguma resistência á infecção e quando a derivação destrói a obstrução, a melhora se processa. Por outro lado, o paciente que nunca teve previamente uma infecção, ao expôr, na ausência de prévia imunização, de maneira repentina, a sua árvore biliar ás bactérias intestinais que o refluxo lhe fornece dá ensejo a que nela se instale uma rápida supuração.

De qualquer maneira, a possibilidade desta pesada consequência restringe as indicações destas derivações aos casos de imperiosa necessidade como sóe acontecer nas lesões traumáticas, nas obstruções inflamatórias ou neoplásicas e nas malformações das vias biliares em que a única solução viável é derivar a bile por outro caminho. A mortalidade operatória não é proibitiva e os pacientes vivem um tempo razoável após a operação.

PHILERGON — Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

RUBROMALT

*Extrato de malte
com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucóseo a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucóseo Isotônico com 10 % de Alcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucóseo em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucóseo em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1 000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 - Endereço Telefônico : "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio - Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telefone: 32-9626.
Endereço Telefônico : "BAXTER"

LEITE FRESCO
INICIAL



MODIFICAÇÕES



Um precioso auxiliar do MÉDICO

Quando o lactente necessitar de um leite quantitativamente semelhante ao leite materno - na falta deste ou para completar o aleitamento natural - recomenda-se o LACTOGENO.

A composição adequada, a adição de Vitaminas A, D e sais de ferro garantem ao LACTOGENO um alto valor nutritivo que, aliado à excelente digestibilidade, proporciona à criança sadia um desenvolvimento perfeito.

LACTOGENO

é um produto

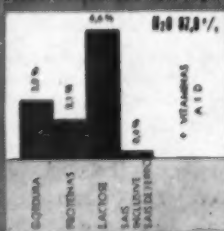
NESTLÉ

PULVERIZAÇÃO

COMPOSIÇÃO
FINAL



RECONSTITUIÇÃO - 24% PROPORÇÕES NORMAIS



807 EQUÍVOCOS



Vulcase
ENXOFRE ASSIMILÁVEL • SAIS BILIARES

AFECÇÕES HÉPATO-VESICULARES
PRISÃO DE VENTRE
DERMATOSES

DRÁGEAS LAXATIVAS E COLAGÔGAS: 1 a 4 POR DIA

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cardíaco-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação energética.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSE: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO
TERÁPICA PAULISTA S/A.
Rua Fernão Dias, 82 - São Paulo, Brasil

Lesiones quirúrgicas de las vías biliares

(Técnica personal para la reconstrucción del hepatocolédoco)

Dr. ATILIO J. LASALA

Buenos Aires, Argentina

Es penoso comprobar, por la compulsa de datos que las lesiones quirúrgicas de las vías biliares — secuela la más grave de esa Cirugía — constituyen hecho de observación relativamente frecuente, como lo testiguan las grandes estadísticas de las Clínicas Lahey y Mayo, y, ya en nuestro país, el considerable número de casos presentados en el 21.º Congreso Argentino de Cirugía que abordó este tema. La explicación ha de buscarse no sólo en la mayor difusión que esta Cirugía ha tomado últimamente, sino también — y sobre todo — porque su práctica, ha entrado, desde hace algún par de lustros, en la órbita de las intervenciones corrientes, sin que muchas veces el operador tenga suficiente capacitación para resolver los difíciles problemas que las anomalías anatómicas así como alteraciones patológicas del caso pueden plantearle.

Cierto es que tampoco el cirujano avezado escapa a la posibilidad de inferir una lesión de esta naturaleza, pero fuerza admitir que ello ocurre como excepción, con el atenuante — además — que, como médico más experimentado, se apercibirá de inmediato del accidente y efectuará, como es lo correcto, la reconstrucción prolija del canal lesionado en el mismo acto operatorio; de esta manera considerablemente las consecuencias de gravedad extrema que el hecho podría acarrear, porque es precisamente cuando pasan desapercibidas y se hacen antiguas, que estas lesiones plantean los problemas de más difícil solución quirúrgica, por la frecuencia de recidivas estenosantes que obligan a nuevas intervenciones — cada vez más azarosas y complicadas — y que la cirrosis biliar irreducible — producto del sufrimiento hepatocelular que promueve la obstrucción biliar más o menos prolongada — concurre a agravar.

Naturalmente que la gravedad de la operación, así como sus resultados, no son indiferentes al tipo de agresión cometido. En tal sentido cabe ya destacarse que el pronóstico será muy diferente según haya sido total o parcial la lesión del hepatocolédoco, según la

altura a que ella fué inferida y según el tiempo transcurrido hasta su reoperación. Es fácil comprender que los mejores resultados se obtengan cuando la sección de la vía principal es sólo parcial, pues entonces la reconstrucción del hepatocolédoco sobre tubo en "T" es relativamente sencilla y sin tensión alguna que ameace su continencia. Incluso con lesión total pero quedando un muñón hiliar de canal hepático sano, generalmente dilatado por encima del sitio vulnerado, pueden esperarse buenos resultados siempre que se avenga adecuadamente para una buena reconstrucción con el colédoco distal, jamás interesando en su porción retroduodenopancreática donde el cirujano debe saber investigarlo, o en su defecto, para una correcta anastomosis hepático-duodenal. Pero si la lesión o la fibrosis que estraña la antigüedad de la misma remonta hasta el propio hilio del hígado, sin que sea posible aprovechar ningún segmento del canal hepático para una correcta anastomosis — como nos ha tocado actuar en varios casos para cuya solución tuvo que investigarse, en realidad, canal ya intrahepático —, problema se presenta muy difícil y muy inseguros sus resultados, entre los que se cuenta el mayor número de recidivas de la estenosis.

Consideramos tan serio el porvenir alejado de estas lesiones tratadas tardíamente, que para nosotros, el cirujano que en el transcurso de la Cirugía biliar secciona el hepatocolédoco y no lo apercibe para repararlo prolijamente de inmediato, le injerta al paciente una *enfermedad de curso maligno*. Como en las enfermedades malignas, el porvenir es inseguro: la nueva intervención podrá curarlo definitivamente a no. La evolución hacia a cirrosis biliar o xantomatosa en algunos casos y el gran número de reoperaciones en otros, para lograr una mejoría que no se puede garantizar sea definitiva, abonan claramente este concepto.

Las causas por las que estas lesiones llegan a ocurrir son, conforme a la opinión de la mayoría de los cirujanos con experiencia en este sentido, las siguientes:

- 1) Pinzamiento accidental del hepatocolédoco — generalmente del hepático común — y ligadura consecutiva, al intentar cohibir a ciegas una hemorragia por lesión de la arteria cística o de los vasos del hilio.
- 2) Angulación del canal principal por tracción desde el cístico, sobre todo en los casos con poca lesión inflamatoria, que hace más fácil la exteriorización de las vías biliares. Este canal, así angulado y afinado, es tomado por conducto cístico al que en realidad continúa, emplazándose sobre el la ligadura.

- 3) Cuando la anatomía patológica altera las relaciones normales, puede ocurrir que el cuello vesicular adhiera íntimamente al hepatocolédoco: la tracción a ese nivel, en el curso de la colestectomía retrógrada, simula que el canal principal es parte del colecisto y se lo liga como cístico. Igualmente siguiendo la técnica anterógrada, frente a esta patología puede continuarse la disección en la creencia que el hepatocolédoco forma parte del colecisto, siendo entonces el canal seccionado.
- 4) Si la anatomía patológica ha fundido el colecisto y estamos frente a una vesícula escleroatrófica, es común que el cuello vesicular — o el cístico corto y ancho — desemboque a pleno canal en un colédoco dilatado y engrosado; en estos casos cuando se trabaja apresurado y sin gran experiencia, el cirujano toma por parte integrante del colecisto al canal principal y lo liga o secciona.



El diagnóstico de la lesión quirúrgica es en general fácil y claro, no obstante lo cual el cirujano que no lo apercibió en el acto operatorio, busca causas irreales para explicar los síntomas del enfermo, alejándose de la verdadera etiología en actitud dilatoria de efectos realmente perniciosos. Cuando se há seccionado la vía biliar principal sin colocar ligadura, pero dejando un drenaje de providencial utilidad, el síntoma precoz y dominante es la intensa bilirragia que obliga a cambiar el apósito varias veces por día. Esta bilirragia puede cesar espontáneamente al cabo de un tiempo más o menos prolongado, (cuando el proceso fibroplástico concluye por cerrar la fístula), pero a costa de la aparición de un síndrome coledociano parcial o total según haya sido parcial o total la sección del hepatocolédoco. No es infrecuente que después de cerrada la fístula, vuelva a abrirse nuevamente reapareciendo la bilirragia: el síndrome coledociano podrá entonces variar de intensidad pero nunca desaparecer del todo, pues la derivación biliar no llega jamás a ser total.

Cuando la agresión quirúrgica comporta una ligadura en el hepatocolédoco, falta naturalmente la bilirragia inmediata, que se ve aquí reemplazada por la instalación precoz y progresiva de un síndrome coledociano aparente ya desde las 24 horas de la operación. Pero la bilirragia puede entonces aparecer más tarde, al cabo de varios días, por necrosis de los tejidos comprendidos en la ligadura y subsidiaria fistulización por el drenaje; y como en el caso anterior, terminar también espontáneamente al cumplirse la fibrosis consecutiva, con agravación paralela del síndrome coledociano. Aún cuando la ligadura no causara obstrucción completa, la ictericia,

altura a que ella fué inferida y según el tiempo transcurrido hasta su reoperación. Es fácil comprender que los mejores resultados se obtengan cuando la sección de la vía principal es sólo parcial, pues entonces la reconstrucción del hepatocolédoco sobre tubo en "T" es relativamente sencilla y sin tensión alguna que ameace su continencia. Incluso con lesión total pero quedando un muñón hiliar de canal hepático sano, generalmente dilatado por encima del sitio vulnerado, pueden esperarse buenos resultados siempre que se avenga adecuadamente para una buena reconstrucción con el colédoco distal, jamás interesando en su porción retroduodenopancreática donde el cirujano debe saber investigarlo, o en su defecto, para una correcta anastomosis hepático-duodenal. Pero si la lesión o la fibrosis que estraña la antigüedad de la misma remonta hasta el propio hilio del hígado, sin que sea posible aprovechar ningún segmento del canal hepático para una correcta anastomosis — como nos ha tocado actuar en varios casos para cuya solución tuvo que investigarse, en realidad, canal ya intrahepático —, problema se presenta muy difícil y muy inseguros sus resultados, entre los que se cuenta el mayor número de recidivas de la estenosis.

Consideramos tan serio el porvenir alejado de estas lesiones tratadas tardíamente, que para nosotros, el cirujano que en el transcurso de la Cirugía biliar secciona el hepatocolédoco y no lo apercibe para repararlo prolijamente de inmediato, le injerta al paciente una *enfermedad de curso maligno*. Como en las enfermedades malignas, el porvenir es inseguro: la nueva intervención podrá curarlo definitivamente a no. La evolución hacia a cirrosis biliar o xantomatosa en algunos casos y el gran número de reoperaciones en otros, para lograr una mejoría que no se puede garantizar sea definitiva, abonan claramente este concepto.

Las causas por las que estas lesiones llegan a ocurrir son, conforme a la opinión de la mayoría de los cirujanos con experiencia en este sentido, las siguientes:

- 1) Pinzamiento accidental del hepatocolédoco — generalmente del hepático común — y ligadura consecutiva, al intentar cohibir a ciegas una hemorragia por lesión de la arteria cística o de los vasos del hilio.
- 2) Angulación del canal principal por tracción desde el cístico, sobre todo en los casos con poca lesión inflamatoria, que hace más fácil la exteriorización de las vías biliares. Este canal, así angulado y afinado, es tomado por conducto cístico al que en realidad continúa, emplazándose sobre el la ligadura.

- 3) Cuando la anatomía patológica altera las relaciones normales, puede ocurrir que el cuello vesicular adhiera íntimamente al hepatocolédoco: la tracción a ese nivel, en el curso de la colecistectomía retrógrada, simula que el canal principal es parte del colecisto y se lo liga como cístico. Igualmente siguiendo la técnica anterógrada, frente a esta patología puede continuarse la disección en la creencia que el hepatocolédoco forma parte del colecisto, siendo entonces el canal seccionado.
- 4) Si la anatomía patológica ha fundido el colecisto y estamos frente a una vesícula escleroatrófica, es común que el cuello vesicular — o el cístico corto y ancho — desemboque a pleno canal en un colédoco dilatado y engrosado; en estos casos cuando se trabaja apresurado y sin gran experiencia, el cirujano toma por parte integrante del colecisto al canal principal y lo liga o secciona.



El diagnóstico de la lesión quirúrgica es en general fácil y claro, no obstante lo cual el cirujano que no lo apercibió en el acto operatorio, busca causas irreales para explicar los síntomas del enfermo, alejándose de la verdadera etiología en actitud dilatoria de efectos realmente perniciosos. Cuando se há seccionado la vía biliar principal sin colocar ligadura, pero dejando un drenaje de providencial utilidad, el síntoma precoz y dominante es la intensa bilirragia que obliga a cambiar el apósito varias veces por día. Esta bilirragia puede cesar espontáneamente al cabo de un tiempo más o menos prolongado, (cuando el proceso fibroplástico concluye por cerrar la fistula), pero a costa de la aparición de un síndrome coledociano parcial o total según haya sido parcial o total la sección del hepatocolédoco. No es infrecuente que después de cerrada la fistula, vuelva a abrirse nuevamente reapareciendo la bilirragia: el síndrome coledociano podrá entonces variar de intensidad pero nunca desaparecer del todo, pues la derivación biliar no llega jamás a ser total.

Cuando la agresión quirúrgica comporta una ligadura en el hepatocolédoco, falta naturalmente la bilirragia inmediata, que se ve aquí reemplazada por la instalación precoz y progresiva de un síndrome coledociano aparente ya desde las 24 horas de la operación. Pero la bilirragia puede entonces aparecer más tarde, al cabo de varios días, por necrosis de los tejidos comprendidos en la ligadura y subsidiaria fistulización por el drenaje; y como en el caso anterior, terminar también espontáneamente al cumplirse la fibrosis consecutiva, con agravación paralela del síndrome coledociano. Aún cuando la ligadura no causara obstrucción completa, la ictericia,

parcial al principio, puede hacerse después total por la colangitis que se agrega a la estenosis.

Establecido el diagnóstico de lesión quirúrgica del hepatocolédoco, la *reoperación* no debe diferirse más tiempo que el necesario para la preparación correcta del enfermo. Es concepto fundamental la necesidad de practicarla lo más precozmente posible, evitando toda dilación que no hará sino limitar las posibilidades de curación del enfermo, y deponer todo propio el cirujano que infirió la lesión si no está en condiciones de encarar esa cirugía — muy difícil por lo general de llevarla a buen término —, enviando al paciente a un centro quirúrgico capacitado para ello. Aún no se ha insistido suficientemente respecto al beneficio que esta conducta representa para el enfermo, pues cuanto más traumas se le efectúe en una reoperación inconducente, tanto más grave será su porvenir alejado, aunque llegue después a manos experimentadas.

Conforme a nuestra experiencia, la intervención es más difícil y azarosa en los casos que presentan fístula biliar antigua, pues es en extremo complicada la disección de los órganos que concurren a bloquearla. En los enfermos que llegan con síndrome coledociano pero sin fístula, la ausencia de infección externa hace en cambio más fácil la separación de los órganos — epiplón, colon, duodeno, antro pilórico y falciforme — que generalmente se aglutinan y obstruyen el espacio subhepático.

En principio, el tiempo primordial es la disección del pedículo hepático, bajando los órganos que le adhieren y bloquean, para investigar el canal biliar por encima de la lesión. Esta investigación es más fácil en los no fistulizados que, como es lógico, presentan el muñon hepático francamente dilatado como consecuencia de la hipertensión biliar sostenida. Sin embargo, canal dilatado puede igualmente encontrarse en fistulizados de cierta data cuya fístula, por lo mismo fibrosa y parcialmente estenosada, no alcanza a derivar toda la bilis. El canal es por el contrario fino y difícil de investigar en los casos con colerragia total o casi total, aunque en ellos sirve de guía la propia fístula que, seguida hasta su fuente, nos coloca frente al conducto biliar pretendido.

Las verdaderas dificultades surgen cuando no existe cabo proximal de investigar. Sea porque fué destruido al ras del hilio o porque la infección y la fibrosis que termina por estenosarlo remontó hasta el hígado mismo, estos casos, por desgracia bastante frecuentes, cuentan sólo con la posibilidad de descubrir el canal biliar por punciones exploradoras dirigidas al sitio del hilio hepático donde, por disección prolija, pudo haberse previamente establecido su probable existencia. Así hemos procedido en varias ocasiones, visualizando luego el canal con el auxilio de la colangiografía operatoria, por debajo de la espesada cápsula de Glisson, mientras que en otro caso procedimiento de igual modo, no hemos logrado descubrir canal principal, tal había sido la destrucción del hepatocolé-

doco: no quedó en él otra alternativa que efectuar, más tarde, la operación de Longmire.

El cabo inferior o distal, retraído e invadido por el tejido fibroso que lo engloba en verdadero callo, es por lo mismo difícil de encontrar, a la par que su disección cruenta entraña el peligro de herir la vena porta, envuelta muchas veces en el proceso de fibrosis. Es por esto que el cirujano debe insistir en búsqueda del cabo inferior a nivel del segmento supraduodenal del hepatocolédoco. En rigor de verdad, el problema fundamental reside casi exclusivamente en el cabo proximal que, eso sí, ha de ofrecerse en extensión suficiente y buen calibre — como es lo habitual, ya que la obstrucción lo dilata — para efectuar una correcta anastomosis. Esta no tiene por qué ser necesariamente con el cabo coledociano inferior, pues aún la anastomosis hepático-duodenal o hepático-yeyunal concede garantías para esperar resultados bastante buenos. Tan ciertos es esto que uno de los mejores casos de nuestra casuística, que lleva más de 9 años de operado, es precisamente una enferma a la que le efectuamos una anastomosis hepático-duodenal. Sin embargo, y desde que Lahey recomendara en 1948 la reconstrucción con el colédoco duodenopancreático — jamás interesado por la agresión quirúrgica —, hemos tratado de anastomosar el hepático con el colédoco retroduodenal que restablece la anatomía y fisiología de la vía biliar principal.

El problema de la pérdida de sustancia del hepatocolédoco, es decir, de la pérdida del segmento supraduodenal, es muy secundario. No merece la pena desvelarse por los injertos — que experimentalmente han fracasado — cuando se cuenta con un cabo proximal del hepático extrahiliar suficiente para una buena anastomosis, pues el colédoco retroduodenal se lo puede ascender fácilmente hasta el hilio y anastomosarlo sin tensión, si se practica una amplia movilización duodenopancreática. Lo que adquiere entonces importancia es aprender a investigar el colédoco en su porción retroduodenopancreática, porque, falto de función y sin bilis en su interior, permanece aplastado y de poco calibre, ofreciéndose mal para ser reconocido con facilidad.

El método de reconstrucción hepático-coledociana es sin duda técnicamente más difícil, pero también más preferible — si el caso lo permite — a las anastomosis hepático-digestivas. En éstas, si bien cuando se hacen amplias no es de temer la infección ascendente, no queda restablecida la normalidad anatomofuncional que se consigue con el método reconstructivo. Es por esto que desde 1949 hacemos preferentemente la reconstrucción con el colédoco retroduodenopancreático, cuando existe suficiente canal hepático proximal apropiado para correcta anastomosis investigando el cabo distal en su porción pancreática con técnica personal inspirada en la que describió nuestro maestro Ricardo Finochietto para la extracción del cálculo supraampular, que permite descubrir el colédoco

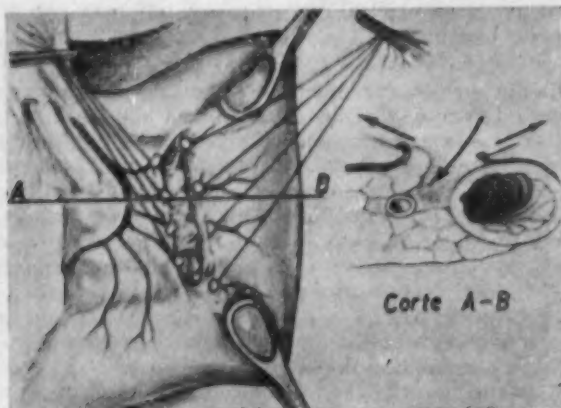


Fig. 1

pancreático sin seccionar la glándula. Basado en un centenar de disecciones, Ricardo Finochetto demostró que sólo en la proporción del 5% se halla el colédoco totalmente sumergido en tejido pancreático, mientras que en el resto transcurre en una depresión de la pared posterior del páncreas (11%) o en una suerte de conducto (84%), fácil de transformar en simple surco con sólo ligar y seccionar algunos vasos pancreático-duodenales que lo cruzan en puente (fig. 1, 2, 3).

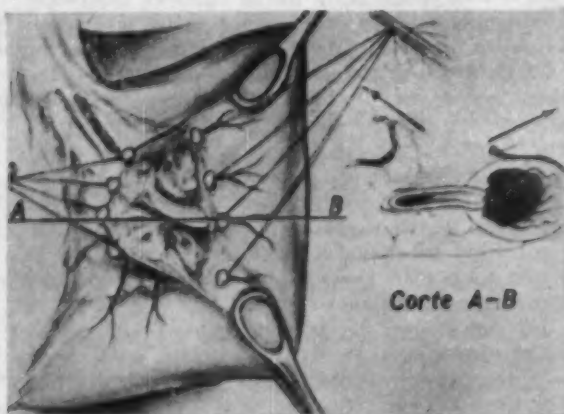


Fig. 2

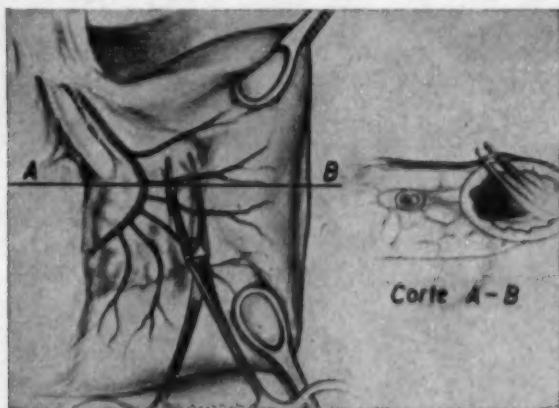


Fig. 3

NUESTRA TÉCNICA

es la siguiente:

1.º TIEMPO. Disección y preparación del cabo proximal del hepático útil para la anastomosis.

2.º TIEMPO. Amplia movilización duodenopancreática e investigación del colédoco retropancreático. Esta investigación, que es difícil y requiere ser muy minuciosa, comporta la ligadura y sección de los vasos pancreático-duodenales que en puente pasan del pán-

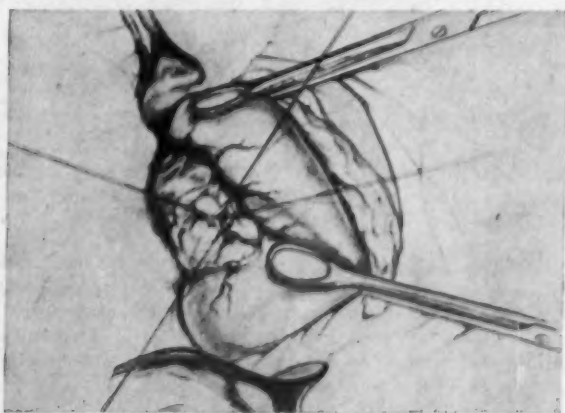


Fig. 4

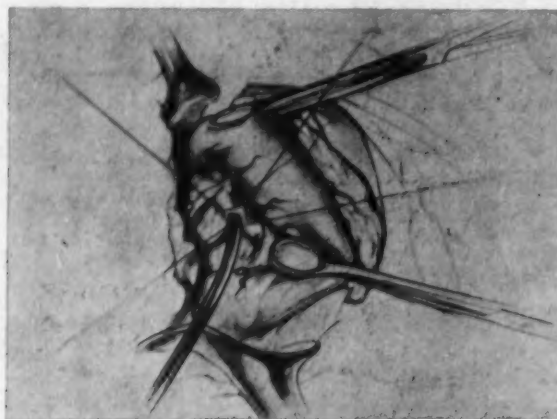


Fig. 5

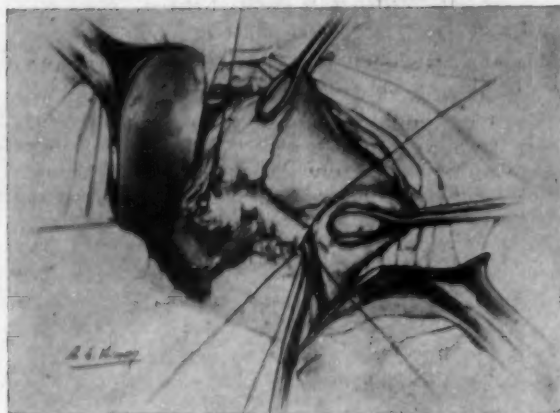


Fig. 6

creas al duodeno (fig. 1), para poder luego separar las láminas de tejido pancreático que cubren el canal biliar como verdadero postigo (fig. 2, 3). Generalmente hay que hacer ligaduras de vasos en dos distintos planos antes de alcanzarlo y descubrirlo prolijamente en su porción supraampular, sitio en que se practica una pequeña coledocotomía entre dos puntos directores (fig. 4).

3.º TIEMPO. Cateterismo retrógado del colédoco inferior con punta del beniqué que sirve de guía para evitar lesión vascular, se

un beniqué N.º 30, que naturalmente se detiene cuando llega al fondo de saco fibrótico que remata el extremo seccionado del cabo coledociano distal, al que pone así de relieve (fig. 5) (*). Sobre la diseca este extremo del colédoco liberándolo del tejido fibroso que lo rodea en una extensión suficiente, hasta encontrar tejido normal apto para la sutura, donde finalmente se lo amputa (fig. 6).

4.º TIEMPO. Simulacro de acercamiento de los dos cabos proximal y distal posible después de la movilización duodenopancreática, con el objeto de comprobar si pueden ser suturados sin tensión. Establecido este principio que es fundamental, se colocan los puntos de sutura posteriores (3 ó 4 puntos próximos con aguja delicada atraumática redonda y seda 0000 ó algodón N.º 100) que se dejan diferidos (fig. 7).



Fig. 7

5.º TIEMPO. Colocación de un tubo de goma — vitálio y politeno también hemos usado — de calibre apropiado (no menor de 5 mms.) con fines protésicos. Un extremo del tubo se hace penetrar en varios centímetros dentro del cabo proximal y el otro, introducido en el cabo distal, se le dará suficiente longitud como para rebasar el sitio de la coledotomía suprapapilar que fuera practicada para el cateterismo retrógrado. En tres casos hemos incluso franqueado la papila, lo cual creemos conveniente para

(*) Para la búsqueda del cabo distal del hepatocolédoco, aconsejé últimamente Dragsted el cateterismo retrógrado transduodenal, a través de la papila. Aunque reconoce el mismo fundamento que la técnica que efectuamos desde 1949, nos parece que la investigación de la papila normal por el duodeno, con exclusión funcional del colédoco y sin pasaje por lo tanto de biliar que pueda denotarla, es sumamente difícil, la más inconveniente que significa la apertura del duodeno.

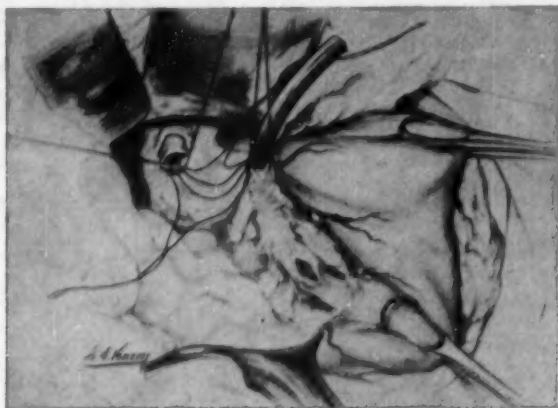


Fig. 8



Fig. 9

facilitar el tránsito biliar inmediato. Con el objeto de asegurar la permanencia del tubo en su sitio durante el mayor tiempo posible se lo fijará luego con uno de los puntos de sutura anterior (fig. 8).

Más apropiado aún, para mantener el control del tubo y su permeabilidad por el lavaje, es el tubo en "T" de Kehr, aunque sólo preferible al tubo perdido cuando existe canal suficiente para extraerlo por contraabertura, mas nunca por la misma línea de sutura.

6.º TIEMPO. Colocado el tubo, se anudan los puntos diferidos posteriores y se termina la sutura de los cabos con toda prolijidad (fig. 9). Por último se fija el duodeno a los tejidos espesados vecinos, cápsula de Glisson y lecho vesicular, para evitar que por su peso descienda y ejerza tracción sobre la sutura efectuada.

7.º TIEMPO. Sutura de la coledocotomía supraampular con puntos delicados y avenamiento de la fosa prerrenal (fig. 10).

NUESTRA EXPERIENCIA

Comprende la observación y tratamiento de 32 casos, con 46 operaciones efectuadas, pues en 11 de ellos tuvimos que reoperar, por recidivar una vez en 8 y dos veces en los otros 3. Además, 14 de los casos que hemos tratado habían sufrido ya 18 reoperaciones antes de llegar a nosotros (10 con una reoperación y 4 con dos

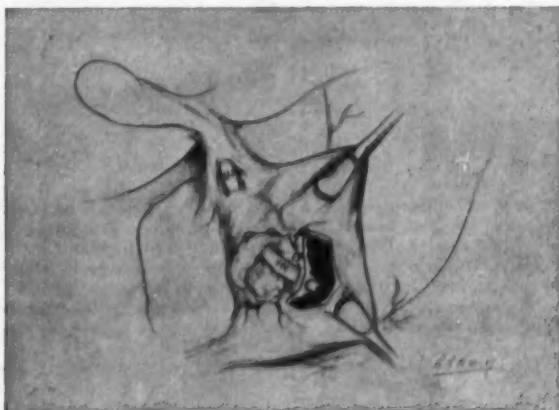


Fig. 10

reoperaciones), vale decir, que si agregamos a las 46 operaciones que nosotros efectuamos las 18 operaciones sufridas antes, el total que arroja es de 64 intervenciones para 32 casos de lesión quirúrgica de vías biliares, con el agravante que algunos de los que nos han llegado ya reoperados resultaron en general los de peor pronóstico. Por ejemplo, el caso N.º 11, al cual le habían efectuado 2 reoperaciones y que nosotros en 1848 le practicamos una reoperación en dos tiempos y en 1953 una nueva reintervención, há quedado con subictericia crónica que sin duda lo llevará a la cirrosis biliar; y el caso N.º 23 que había sufrido 2 operaciones y que nosotros sólo conseguimos explorar, porque estaba en franca cirrosis que lo llevó a la muerte.

Nuestras operaciones primitivas fueron:

Reconstrucción del hepatocolédoco	12 casos
Anastomosis por hepático-duodenostomía	9 "
Anastomosis por hepático-yeyunostomía	4 "
Anastomosis por colecisto-duodenostomía	1 "
Hepaticostomía (1.º tiempo) y fístula yeyunos- tomía (2.º tiempo)	1 "
Hepátocostomía solamente	1 "
Dilatación de estenosis, extracción de tubo per- dido, papilotomía y colocación de tubo de Kehr	1 "
	32 casos

Mortalidad operatoria: 4 — (12.5%):

- 1 caso de reconstrucción en paciente de dos años de ictericia falleció por insuficiencia hepática a los 14 días.
- 1 caso de anastomosis hepático-yeyunal, que había sufrido ya una reintervención, de shock.
- 2 casos a los cuales sólo se les exploró porque la cirrosis biliar con hipertensión portal impidió toda operación electiva.

En 11 casos de los 32 que tuvimos que reoperar por recidiva aparente o real, se efectuaron las siguientes reoperaciones:

CASO N.º 3. — Se había efectuado una hepático-duodenostomía sobre tubo de vitalio porque el cabo proximal del hepático muy esclerosado no permitió una sutura correcta con el duodeno. Mientras el tubo permaneció, la enferma evolucionó bien, pero al año aquel se eliminó y poco a poco se produjo la estenosis de la fístula hepático-duodenal con aparición de ictericia y fiebre. Se efectuó una operación de exclusión piloroduodenal. La enferma falleció a los 2 años.

CASO N.º 4. — Enferma a la que le hemos efectuado una reconstrucción del hepatocolédoco sobre tubo de KEHR con postoperatorio inmediato y alejado excelente. Pero a los 3 años y medio presentó un cuadro de subictericia crónica que se fué acentuando paulatinamente. La enferma vivía en una ciudad del Interior, y recién reingresó a los 5 años, en pleno síndrome coledociano, con cirrosis biliar y ascitis. La reoperamos y le efectuamos sólo una hepaticostomía, falleciendo en el postoperatorio inmediato.

CASO N.º 6. — Enferma a la que le efectuamos reconstrucción del hepatocolédoco sobre tubo de vitalio: resultado excelente. A los 2 años apareceseudorrecidiva por obstrucción del tubo. Se extrajo la prótesis de vitalio que estaba totalmente obstruido y se dejó un tubo de KEHR: curación completa que lleva 7 años.

CASO N.º 11. — Enferma que había sufrido antes de llegar a nosotros dos reintervenciones por sección completa del hepático. Recidiva. Ingresó con síndrome coledociano completo y febril de 40º C. Efectuamos en el primer tiempo sólo una hepaticostomía del canal intrahepático, pues no había el menor resto de canal extrahepático, y en el segundo tiempo una fístula yeyunostomía. Curación durante 4 años, con pequeñas alternativas de ictericia. En enero de 1953 aparece nuevo cuadro de ictericia obstructiva, por lo que reoperamos: no

se encontró el menor resto de canal ni de fístula permeable, por lo que efectuamos una hepaticostomía interna (hepato-yeyunostomía; anastomosis del hígado con yeyuno). Ha mejorado, pero queda un cuadro de subictericia crónica.

CASO N.º 13. — En la primera operación le efectuamos una hepático-yeyunostomía sobre sonda Pezzera que la mejoró hasta que se eliminó el tubo a los 9 meses. Luego subictericia crónica por lo que reoperamos: se le efectúa una reconstrucción del muñón proximal del hepático con el colédoco, retroduodenal sobre tubo perdido con la técnica personal, que la mejoró pero quedando siempre con subictericia crónica. En una segunda reintervención efectuada a los 2 años se consiguió hacer sólo una hepaticostomía, pero la enferma falleció en el postoperatorio inmediato.

CASO N.º 14. — En la primera operación se le efectuó una hepático-yeyunostomía a lo ROUX sobre tubo de goma perdido. Bien 1 año; recidiva. Segunda reoperación: reconstrucción con el colédoco pancreático con la técnica personal. Bien 2 años; nueva estenosis y se reinterviene practicando nuevamente esta operación, con colocación de un tubo transpapilar. La enferma sigue bien, aunque con subictericia crónica.

CASO N.º 16. — Reconstrucción del hepatocolédoco con la técnica personal sobre tubo de vitalio. Al año pseudorecidiva por obstrucción del tubo. Extracción del mismo y colocación de tubo de KEHR. Lleva tres años de curación.

CASO N.º 18. — Reconstrucción del hepatocolédoco con la técnica personal sobre tubo de goma transpapilar (la enferma había sufrido ya dos reoperaciones antes). Al año pseudorecidiva por obstrucción del tubo que no se había eliminado. Se extrae el tubo por pequeña duodenotomía. Lleva tres años de curación.

CASO N.º 19. — Reconstrucción del colédoco sobre tubo de KEHR. Recidiva a los 2 años. La reoperamos y se le efectúa nueva reconstrucción con la técnica personal sobre tubo perdido transpapilar. Al año sigue curada.

CASO N.º 24. — Reconstrucción del colédoco sobre tubo de KEHR; recidiva al año. Reoperación: se le efectúa nueva reconstrucción con técnica personal sobre tubo perdido transpapilar. Curación que se mantiene al año.

CASO N.º 27. — Hepático-duodenostomía a lo VOELKER. Recidiva a los 8 meses. Reoperación: cirrosis biliar; no se pudo encontrar el más mínimo resto de canal, ni por punciones del hilio, por que dos meses después le practicamos la colangio-yeyunostomía intrahepática con hepatectomía parcial del lóbulo izquierdo, según técnica de Longmire. Resultado regular.

Resumiendo entonces, en 11 de los 32 casos, al primer intento quirúrgico siguieron las siguientes reoperaciones:

Extracción de tubo de vitalio obstruido	2 casos
Extracción de tubo de goma obstruido	1 "
Exclusión del píloro	1 "
Hepaticostomía interna	1 "
Hepaticostomía interna (op. Longmire)	1 "
Reconstrucción del hepatocolédoco co técnica personal	5 "
Exploración sólo	1 "
Hepaticostomía	1 "

NUESTRA CASUÍSTICA

según el tipo de intervención.

Reconstrucción del hepatocolédoco: 12 casos, a los cuales se les practicaron 17 operaciones (5 casos reoperados):

sobre tubo de KEHR	6
sobre tubo de goma perdido	7
sobre tubo de vitalio	4

Mortalidad operatoria: 1 caso (5,8%)

Mortalidad alejada: 2 casos, a los 3 y 5 años (11,6%)

Viven 9: 1 de 7 años, 3 de 3 años, 3 de 2 años, 1 de 18 meses y otro de 8 meses. A 3 casos se les extrajo el tubo obstruido (2 de vitalio y 1 de goma).

Anastomosis biliodigestivas: 15 casos.

<i>Hepático-duodenostomía:</i> 9 casos.	
sutura directa termino-terminal	2
sutura sobre tubo vitalio	2
sutura sobre tubo goma perdido	3
sutura sobre tubo goma a lo VÖELKER	2
<i>Hepático-yeyunostomía con asa excluida, a lo ROUX:</i> 4 casos.	
sutura sobre tubo vitalio	1
sutura sobre tubo goma	3
<i>Colecisto-duodenostomía:</i> 1 caso.	
(ligadura del colédoco y estenosis en el transcurso de gastrectomía).	
<i>Hepátocostomía (1.º tiempo) y fístula yeyunostomía con asa excluida a lo R*Z:</i> 1 caso.	

Mortalidad operatoria: 1 caso.

Mortalidad alejada: 3 casos, a los 2, 3 y 3 años.

De los 11 restantes 2 casos se ignora evolución alejada después del año; 3 han sufrido reoperaciones y siguen regular; 6 viven bien: 1 caso curado de 9 años, otro de 5 años, otro de 3 años, otro de 2 años y 2 de 1 año.

Misceláneas: 5 casos.

exploración sola	3
hepátocostomía sola	1
dilatación de estenosis, extracción de tubo perdido dejado en operación anterior, papilotomía y tubo de KEHR	1

Mortalidad operatoria: 2

Viven: 2

Se ignora: 1

SÍNTESIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

32 casos observados a los cuales practicamos 46 operaciones.

Mortalidad operatoria: 4 (12,5%)

Mortalidad alejada: 5 — de 2 a 5 años — (15,6%)

Se ignora evolución alejada: 3

Viven: 20

Curados: 8 — de 9, 7, 5, 3½, 3, 3, 2½, y 2 años.

Mejorados: 7, pero llevan menos de 2 años para asegurar pronóstico y 5 han sufrido reoperaciones cuyo porvenir es aún incierto.



Sólo el 50% de los casos de nuestra experiencia tienen probabilidades de curación completa. La mortalidad operatoria y alejada muy considerable (28%, que asciende a 37% si se agregan los 3 casos cuya evolución alejada se ignora y que por lo tanto han de considerarse como de resultados más bien malos) indica que las lesiones quirúrgicas que nos han llegado de evolución tardía y muchos ya operados y recidivados, constituyen secuelas gravísimas de la cirugía biliar que a toda costa es necesario evitar. Lo principal es la profilaxia de estas graves lesiones para lo cual deben ser de rigor las precauciones técnicas más estrictas: amplia incisión, buena anestesia, correcta exposición de los elementos a disecar, disección prolija, lenta de detalle, viviendo nítidamente antes de seccionar o ligar, sin apresuramiento por marcar tiempo en esta cirugía tan llena de sorpresas, y pensando constantemente en el daño quizá irreparable que se puede hacer al paciente. Si se lesiona a pesar de todo la vía biliar principal, lo mejor es la reparación cuidadosa inmediata sobre tubo de Kehr que debe salir no por la línea de sutura sino por una contraabertura practicada encima o debajo de la misma, tubo que debe mantenerse muchos meses con lavados diarios. Pero si la lesión permanece ignorada por el cirujano (como ha pasado en los casos que nos llegaron), la evolución típica hacia la fístula biliar completa o el síndrome coledociano debe despertar de inmediato la sospecha de la agresión cometida y el paciente debe sin dilación alguna ser entregado a manos de especialistas en esta difícil cirugía, pues el porvenir generalmente depende de la primera reoperación. El mejor procedimiento a seguir es el que reconstituye el hepatocolédoco, pero ello depende de la existencia de cabo proximal hepático suficiente para correcta anastomosis, ya que el cabo distal es siempre posible investigarlo sano en la porción retroduodenopancreática. Pero si al cirujano no le parece posible esta reconstrucción, la anastomosis hepático-duodenal amplia puede dar también excelente resultado, siempre que exista, claro está, cabo proximal suficiente y bien dilatado.

CONCLUSÕES

La observación y tratamiento de 32 casos de lesiones quirúrgicas de las vías biliares nos ha enseñado:

- 1.º) Que cuando la lesión respeta por lo menos un centímetro del hepático común que se encuentra dilatado por la obstrucción, es posible obtener la curación mediante la reconstrucción del hepatocolédoco o bien, mediante una correcta anastomosis hepaticoduodenal.
- 2.º) Que cuando el hepático común está totalmente destruido e estenosado hasta el hilio, como ha ocurrido desgraciadamente en varios casos, la reparación o anastomosis biliar digestiva es de resultados alejados más aleatorios.
- 3.º) Que estas lesiones constituyen una verdadera "vía crucis" para el enfermo que las soporta, que muchas veces debe ser sometido a varias reintervenciones para terminar al cabo de años en la cirrosis biliar.
- 4.º) Que hay que extremar las precauciones técnicas en la cirugía biliar para efectuar la profilaxis de estas lesiones.
- 5.º) Que el método ideal de tratamiento es el que se efectúa de inmediato reconstituyendo por sutura cabo a cabo el hepatocolédoco sobre tubo de Kehr.
- 6.º) Que aún tardíamente, si en la reoperación puede practicarse este método, se obtendrán los mejores resultados.

DRAGEES

GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

**PERTURBAÇÕES
HEPATO-BILIARES
COLITES**

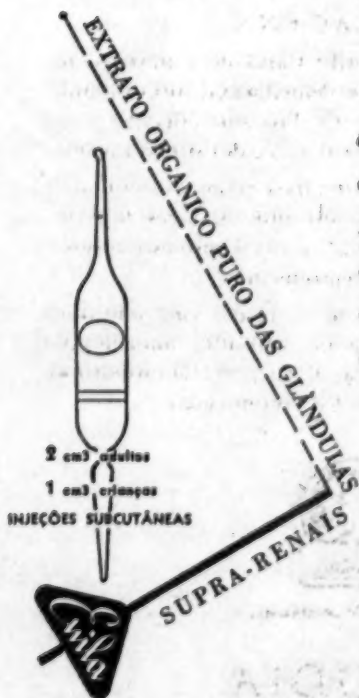
**INSUFICIÊNCIA
HEPÁTICA
ENXAQUECAS**

Fabricado no Brasil com licença especial do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA,
PARIS, pelos LABORATORIOS ENILA S. A.
Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal 404 - RIO

Filial: rua Marquês de Itá, 202 - São Paulo

Crise de Asma

ANTI-ASTHMATICO DE HECKEL



é o tratamento mais ativo
da crise de asma.

A ação insubstituível
da adrenalina natural

é um fato incontestável,
de longa verificação clínica.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: rua Marquês de Itó, 202 — São Paulo

RHODICILLINE

Estreptomicona, Diidro-estreptomicona, Penicilina G
cristalizada e Penicilina G-Procaína

Comporta a maioria das indicações dos antibióticos
que entram em sua composição.

Tratamento das infecções graves, particularmente aque-
las cujo agente não possa ser rapidamente identificado.

EMBALAGENS

Rhodicilline "1/4" - Infantil - Caixa de 1 frasco com
100.000 unidades de Penicilina G, 300.000 uni-
dades de Penicilina G-Procaína, 0,125 g de
Diidro-estreptomicona e 0,125 g de Estreptomicona.

Rhodicilline "1/2" - Caixa de 1 frasco com 100.000 uni-
dades de Penicilina G, 300.000 unidades de Peni-
cilina G-Procaína, 0,25 g de Diidro-estrep-
tomicona e 0,25 g de Estreptomicona.

Rhodicilline "1" - Caixa de 1 frasco com 100.000
unidades de Penicilina G, 300.000 unidades de
Penicilina G-Procaína, 0,50 g de Diidro-estrep-
tomicona e 0,50 g de Estreptomicona.



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

THE INDEX

TO THIS VOLUME HAS BEEN REMOVED
FROM THIS POSITION AND PLACED AT
THE BEGINNING OF THE FILM FOR
THE CONVENIENCE OF READERS.

RHODICILLINE

Estreptomicina, Diidro-estreptomicina, Penicilina G
cristalizada e Penicilina G-Procaína

Comporta a maioria das indicações dos antibióticos
que entram em sua composição.

Tratamento das infecções graves, particularmente aque-
las cujo agente não possa ser rapidamente identificado.

EMBALAGENS

Rhodicilline "1/4" - Infantil - Caixa de 1 frasco com
100.000 unidades de Penicilina G, 300.000 uni-
dades de Penicilina G-Procaína, 0,125 g de
Diidro-estreptomicina e 0,125 g de Estreptomicina.

Rhodicilline "1/2" - Caixa de 1 frasco com 100.000 uni-
dades de Penicilina G, 300.000 unidades de Peni-
cilina G-Procaína, 0,25 g de Diidro-estreptomi-
cina e 0,25 g de Estreptomicina.

Rhodicilline "1" - Caixa de 1 frasco com 100.000
unidades de Penicilina G, 300.000 unidades de
Penicilina G-Procaína, 0,50 g de Diidro-estrep-
tomicina e 0,50 g de Estreptomicina.



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII — Neurologia e Psiquiatria. |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX — Cirurgia. |
| III — Endocrinologia. | X — Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV — Microbiologia e Higiene. | XI — Oto-rino-laringologia. |
| V — Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII — Oftalmologia. |
| VI — Medicina Geral. | XIII — Dermatologia e Venereologia. |
| VII — Pediatria. | XIV — Radiologia. |
| | XV — Tuberculose. |



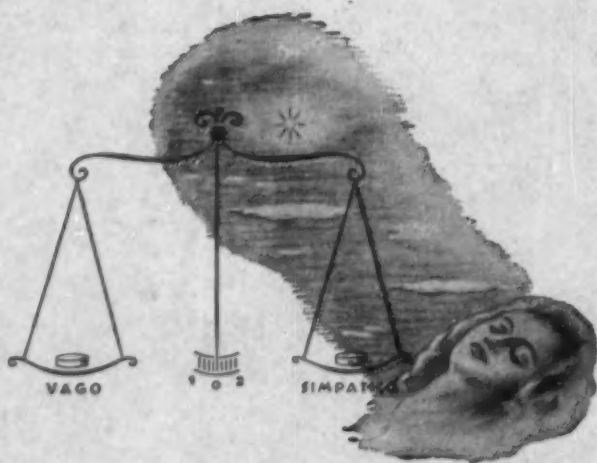
Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimiu.